

# Handlingar

till mötet med  
styrelsen för NU-sjukvården

1 februari 2013



# Ärende 4

Ärende 4





## Tjänsteutlåtande

Datum 2013-01-14

Diarienummer NU 227/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Mattias Hagelberg

---

## Uppföljning av säkerhetsarbetet i NU-sjukvården under 2012 (dnr RS 2134-2012)

### Bakgrund

Regionfullmäktige beslutade den 22 april 2008 att nämnder, styrelser och bolag årligen ska redovisa en översikt av säkerhetsläget och säkerhetsarbetet till regionstyrelsen, RSK 636-2006.

### Organisation av säkerhetsarbetet i NU-sjukvården

#### Patientsäkerhet

Chefläkaren ansvarar tillsammans med sin utvecklingsledare för medicinsk kvalitet, patientsäkerhet, vårdhygien och medicinska ansvarsfrågor.

#### Katastrofmedicinsk kommitté

Ansvar för katastrofmedicinska krisberedskapen i NU-sjukvården.

#### Säkerhetsenhet

Inom NU-sjukvården finns en säkerhetsenhet med ansvar för systematiskt brandskyddsarbete, personsäkerhet, fysisk säkerhet, informationssäkerhet samt samordning av funktionen "tjänsteman i beredskap"

#### Lokal tjänsteman i beredskap (NU-TiB)

NU-TiB ska fungera som stöd och samordnare för verksamheterna och ska larmas i samband med alla typer av incidenter, allvarliga händelser eller vid hot och risk för sådana. Som exempel kan anges stora olyckor eller katastrofer, brand, störningar och avbrott i försörjningssystem som elkraft, vatten, värme och kyla, störningar eller avbrott i telefoni och IT. Vid allvarlig händelse har NU-TiB mandat att enskilt eller i samråd med bakjour kirurgi utlösa adekvat beredskapsgrad enligt katastrofmedicinsk plan för NU-sjukvården

#### Psykosocial katastrofledning (PKL)

PKL ska utifrån behov, under och efter allvarlig händelse ansvara för att organisera och genomföra ett psykosocialt omhändertagande av drabbade, närstående, oskadade samt sjukvårds- och insatspersonal. PKL utbildar och övar resurspersoner för denna uppgift. PKL ansvarar också för upprättande av *upplysnings tjänst* för allmänheten och drabbade vid allvarlig händelse.

I övrigt hänvisas till säkerhetsarbetet i bilaga 1.

Lars Helldin  
Sjukhusdirektör



## Rapporteringsmall (RM) för redovisning av 2012 års säkerhetsarbete till Regionstyrelsen

Nämnder och styrelser ska årligen redovisa sitt säkerhetsarbete till regionstyrelsen enligt regionfullmäktiges beslut den 22 april 2008, dnr RSK 636-2006. Säkerhetsarbetet ska redovisas i respektive årsredovisning och till regionstyrelsen.

Redovisning av 2012 års säkerhetsarbete ska vara regionstyrelsen@vgregion.se tillhanda senast den 18 februari 2013 med hänvisning till dnr RS 2134-2012

### Del 1 Allmänt

**Rött/DÅLIGT:** Vi är långt ifrån att uppnå uppsatta mål. Mycket arbete återstår.

**Orange/VARNING:** Vi är inte riktigt nära att nå målen. En hel del arbete återstår

**Gult/OK:** Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg

**Ljusgrönt/BRA:** Vi bedömer att vi når våra mål.

**Mörkgrönt/UTMÄRKT:** Vi överträffar våra mål. Våra resultat är utmärkta.



1. (Mål 1) Finns en fungerande och systematisk avvikelshantering i er förvaltning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		X
2. (Mål 1) Redovisas kostnader för oönskade händelser i verksamhets- och/eller förvaltningsledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3. (Mål 1) Är behovet av personer utbildade i riskanalys, säkerhetsanalys eller händelseanalys tillgodosett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		X
4. (Mål 2) Hanteras säkerhetsfrågor regelbundet av förvaltnings- eller verksamhetsledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
5. (Mål 3) Har Västfastigheter tagit över ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
6. (Mål 4) Har Regionservice ansvar för skyddsåtgärder som inte Västfastigheter ansvarar för som ex vis korthantering, vakter, larm, avtalsbevakning, kameraövervakning, RSA, utbildningar m.m.?	Ej	rel	för	nu	<input type="checkbox"/>
7. (Mål 5) Finns kontinuitetsplan och/eller kris- och beredskapsplan upprättad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
8. (Mål 5) Finns en handlingsplan för säkerhetsarbetet som är fastställd av nämnd/styrelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
9. (Mål 6) Utbildas personalen i personsäkerhet i enlighet med beslutade riktlinjer?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (Mål 7) Har skyddsvärd information identifierats och klassificerats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
11. (Mål 7) Finns rutiner i förvaltningen som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

## Del 2 - Krishanteringsförmåga och Informationssäkerhet

Följande frågor utgår från att Regionstyrelsen årligen ska rapportera till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Socialstyrelsen och Länsstyrelsen vilka åtgärder som vidtagits för att minska risker och sårbarheter och därmed förbättrat krishanteringsförmågan.

1. Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under 2012 i syfte att förbättra:
  - a) krishanteringsförmågan **Svar:** Ja x Nej
  - b) informationssäkerheten **Svar:** Ja x Nej
  
2. Redovisa antal RSA som genomförts i syfte att förbättra:
  - a) krishanteringsförmågan **Svar:** Antal \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_
  - b) informationssäkerheten **Svar:** Antal \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_
  
3. Redovisa ändrade förutsättningar, granskningar, RSA och skydds- och förbättringsåtgärder som utförts avseende säkerheten  
**Svar: Ändrade förutsättningar och genomförande finns i del 6.**
  
4. Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under 2012 som påverkat
  - a) krishanteringsförmågan **Svar:** Ja x Nej
  - b) informationssäkerheten **Svar:** Ja x Nej
  - c) säkerheten i övrigt **Svar:** Ja x Nej
  
5. Bedömning av förvaltningens eller verksamhetens krishanteringsförmåga  
**Svar: Använd mallen nedan.**

Strategisk Ledning	Samverkan med andra aktörer	Extern information/kommunikation	Intern information/kommunikation	Operativ ledning
Handlingsplaner, prioritering av resurser, förtroendefrågor, tydliga roller och tydligt ansvar	Andra förvaltningar, kommuner, polis, räddningstjänst etc.	Nätverk och samverkan med andra aktörer, landsting m.fl.	Nätverk och samverkan med andra aktörer inom VGR	Planerad och övad kris- och katastrofledning
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

<b>1</b> Det finns ingen eller mycket bristfällig förmåga	<b>2</b> Det finns en viss förmåga men den är bristfällig	<b>3</b> Förmågan är i huvudsak god men har vissa brister	<b>4</b> Förmågan är god
--	--	--	-----------------------------

### Del 3 - Övergripande och gemensamma risker

6. Ange övergripande regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränserna inom VGR?  
Svar: Inget behöver hanteras   
Svar: Följande bör hanteras (*skriv svar i del 6*) Se del 6.

### Del 4 – Personsäkerhet

7. Hur många personer har medverkat i personsäkerhetsutbildning inom ramen för riktlinjer för personsäkerhet<sup>1</sup>?  
Svar: Antal \_\_\_\_\_ 150 \_\_\_\_\_

### Del 5 - Hälsa- och sjukvård

8. Finns tydliga och kända rutiner kring spärr av vårddokumentation?<sup>2</sup>  
Svar: Ja x Nej
9. Finns tydliga och kända rutiner kring hantering av behörigheter?  
Svar: Ja x Nej
10. Kommuniceras eller skickas känslig patientinformation på ett säkert sätt?  
Svar: Ja x Nej   
Svar: Kompletterande svar (*skriv svar i del 6*)
11. Enligt SOSFS 2008:14 ska återrapportering till vårdgivaren omfatta granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse och riskanalyser samt förbättringsåtgärder som vidtagits.  
Svar: Antal verksamhetsspecifika RSA = 10 samt 1 sjukhusövergripande  
Antal händelseanalyser = 34

### Del 6 - kompletterande svar:

#### Fråga 3

- Utbildningar och information angående Lex Maria och händelseanalyser har genomförts i flera läkargrupper. Utbildning i patientsäkerhet för nyanställda genomförs årligen.
- Patientsäkerhetsdialoger där chefläkare och utvecklingsledare träffar områdesledningen för att stimulera och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet.
- Handlingsplaner för Säkerhetskultur och trycksår har tagits fram på förvaltningsnivå. Respektive verksamhet har analyserat sina resultat och gjort egna handlingsplaner.
- Mätningar vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler, trycksår och journalgranskning (GTT) har genomförts.
- Utbildning av sårombud (sjuksköterska och undersköterska) som i sin tur ansvarar för att utbilda på respektive avdelning för att arbeta förebyggande avseende trycksår.
- Standardvårdplaner för bla. CVK (central venkateter), trycksår och fallskador, är framtagna och implementerade.
- Funktionen lokal tjänsteman i beredskap som består av fem personer har utbildats i Lednings- och stabsmetodik samt stabschefsutbildning. En stabschefsövning har genomförts på lokal nivå.
- Utbildning HMIMMS, särskild sjukvårdsledning på vårdinrättning, har under hösten genomförts för delar av sjukhusledningen och lokal tjänsteman i beredskap.
- RSA om mediaförsörjning för NÄL har påbörjats 2012, kommer att slutföras 2013.
- Katastrofmedicinsk utbildning har genomförts enligt den lokala utbildningsplanen
- Nytt systematiskt brandskyddsarbete är infört.

<sup>1</sup> Regionstyrelsens beslut 2009-10-27, dnr RSK 59-2008, § 246

<sup>2</sup> 4 kap. 4 § patientdatalagen

- Nya funktionen "Brandskyddsansvariga område" är inrättad under året
- Chefer/brandskyddsombud har genomgått en fördjupad utbildning i NU-sjukvårdens Systematiska brandskyddsarbete
- Det har installerats ett antal nya överfallslarm och inbrottslarm samt utbyggnad av passagesystem
- Bevakningen har förstärkts på akutmottagningen

#### Fråga 6

- Driftsplattformen är regional, vid uppdateringar krävs en bra planering.
- Regiongemensam funktion för behörighetshantering/spärr/logg kräver bra rutiner och utbildad personal. Lokal kännedom saknas i dagsläget.
- NU-sjukvården har samma lösningar som sjukvården i VGR i stort. Det brister i frågan om stark autentisering och i frågan om spårbarhet i ett antal system samt i hantering av filer med känsligt innehåll.

#### Fråga 11

- Sjukhusövergripande RSA har gjorts vid införande av IP-telefoni

**Övriga kommentarer:** *(skriv här)*

Regionkansliet  
Jan S Svensson

2012-10-31

Dnr: RS 2134-2012

Till  
Västra Götalandsregionens  
nämnder, styrelser och bolag

Handläggare:  
TF HR-Net (EB)  
Säkerhets (MF)  
Kopia:  
Sjukhusdir (LU)  
Säker styr (AE)  
Cheftekare (UA)

## Anvisning till nämnder, styrelser och bolag för hur säkerhetsarbete, säkerhetsläge och krishanteringsförmåga avseende 2012 ska redovisas till regionstyrelsen

### Ärendet

Regionfullmäktige beslutade den 22 april 2008 att nämnder, styrelser och bolag årligen ska redovisa säkerhetsläget och säkerhetsarbetet till regionstyrelsen<sup>1</sup>. Redovisning i form av särskilda rapporter har levererats till regionstyrelsen för åren 2008, 2009, 2010 och 2011. Rapporterna finns på Västra Götalandsregionens intranät under rubriken Krisberedskap och säkerhet.

Socialstyrelsen och MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) ställer krav på att landsting ska bedriva ett säkert och inte minst patientsäkert arbete<sup>2</sup> samt att det finns en god krishanteringsförmåga<sup>3</sup>. En sammanställning av svar, från nämnder, styrelser och bolag på frågor i bifogad rapporteringsmall (RM) kommer att utgöra underlag för redovisning till Socialstyrelsen, Länsstyrelsen och MSB och även underlag för rapport till Regionstyrelsen.

### Säkerhetsredovisning för 2012

2012 års säkerhetsarbete, säkerhetsläge, risker och krishanteringsförmåga ska redovisas genom svar på frågor i bifogad rapporteringsmall (RM) som omfattar sex delar och 22 frågor enligt följande:

- Del 1 - 11 frågor varav tre helt nya frågor (7,9,11)
- Del 2 - 5 frågor inom området krishanteringsförmåga och informationssäkerhet
- Del 3 - 1 fråga inom området övergripande och gemensamma risker
- Del 4 - 1 fråga inom området personsäkerhet
- Del 5 - 4 frågor inom området hälso- och sjukvård
- Del 6 - i denna del kan kommentarer och kompletterande svar lämnas på frågorna 3,6,10 och 11

Svar och övriga kommentarer kan lämnas direkt i bifogad rapporteringsmall. Det finns i år ingen särskild rapporteringsmall för s.k. samhällsviktiga verksamheter. De finns 29 förvaltningar/bolag i Västra Götalandsregionen som inte arbetar inom hälso- och sjukvård. Alla frågor i rapporteringsmallen är inte relevanta för dessa verksamheter. Frågor i rapporteringsmallen utgår från mål i säkerhetsstrategin för 2008-2011.

<sup>1</sup> Dnr RSK 636-2006, Säkerhetsarbete i Västra Götalandsregionen

<sup>2</sup> Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården och Patientdatalagen SFS 2008:355

<sup>3</sup> MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps) föreskrifter om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2010:6, beslut den 28 september 2010.

### **Ökad samverkan stärker säkerhetsarbetet**

Under 2011 har samverkan och samordning genomförts mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna med tillhörande kanslier. Ökad samordning mellan ex vis regionens bolag, mellan folkhögskolor och i nätverk mellan olika förvaltningar kan resultera i ett säkerhetsarbete över verksamhetsgränser som kan vara både kostnadseffektivt och ändamålsenligt. I bilaga 4 finns ett diskussionsunderlag med förslag på samverkanskluster vad gäller säkerhetsfrågor.

### **Svar till Regionstyrelsen**

Svar på aktuella frågor i rapporteringsmallar ska redovisas till regionstyrelsen@vgregion med hänvisning till **dnr RS 2134-2012 och vara regionstyrelsen tillhanda senast den 18 februari 2013**. Frågor kring kan ställas till Jan S Svensson tfn 0708-630 642, jan.s.svensson@vgregion.se

För regionkansliet

Valter Lindström  
Säkerhetsdirektör

Jan S Svensson  
Säkerhetsstrateg

- |                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Bilaga 1</b> | Rapporteringsmall (RM) för 2012 - separat bilaga till dessa anvisningar      |
| <b>Bilaga 2</b> | Utgångspunkter för 2012 års säkerhetsredovisning                             |
| <b>Bilaga 3</b> | Särskilda underlag/dokument som underlättar redovisning till Regionstyrelsen |
| <b>Bilaga 4</b> | Diskussionsunderlag med förslag på samverkanskluster                         |

**Bilaga 2****Utgångspunkter för 2012 års säkerhetsredovisning**

Följande är utgångspunkter för redovisning av säkerhetsarbetet, säkerhetsläget, risker och krishanteringsförmågan i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012.

1. Resultat av förvaltningarnas säkerhetsarbete, analys och vidtagna åtgärder för att stärka krishanteringsförmågan ska årligen redovisas enligt mall till Regionstyrelsen och ligga till grund för en bedömning av Västra Götalandsregionens samlade krishanteringsförmåga.  
*Beslut av Regionstyrelsen den 26 maj 2009.*
2. Respektive nämnd och styrelse ska minst vartannat år genomföra en övergripande risk- och sårbarhetsanalys (RSA) av sin verksamhet i syfte att stärka krishanteringsförmågan.  
*Beslut av Regionstyrelsen den 26 maj 2009.*
3. Regionstyrelsen har beslutat om riktlinjer för personsäkerhet och Regionkansliet har i uppdrag att ta fram utbildningsmaterial och utbilda ansvariga inom ramen för den ordinarie chefsutbildningen. Regionkansliet ska redovisa till Regionstyrelsen om utbildning inletts och antalet personer i regionens förvaltningar som har fått utbildning inom ramen för RS beslut.  
*Beslut av Regionstyrelsen den 27 oktober 2009.*
4. Västra Götalandsregionens 12 HSN och dess kanslier koordinerar och samordnar sina säkerhetsfrågor och lämnar i fortsättningen en samlad säkerhetsredovisning till regionstyrelsen.  
*Beslut av Regionstyrelsen den 16 november 2010.*
5. Från den 1 januari 2011 gäller föreskrift från MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) om kommuners och landstings risk och sårbarhetsanalyser (MSBFS 2010:6). I föreskriften är det angivet att landstingens krisberedskapsförmåga ska bedömas utifrån landstingens genomförda risk- och sårbarhetsanalyser (SFS 2006:544)<sup>4</sup>. Utgångspunkt för redovisningen till Regionstyrelsen avseende 2011 är en sammanställning av förvaltningars bedömning utifrån genomförda risk och sårbarhetsanalyser (RSA).  
*Föreskrift MSBFS 2010:6 gäller från 1 januari 2011*
6. Säkerhetsredovisning från hälso- och sjukvårdens utförare ska innehålla svar på följande:
  - Finns kontinuitetsplaner upprättade på förvaltnings- och/eller verksamhetsnivå?
  - Finns tydliga och kända rutiner kring förvaltning av behörigheter?
  - Finns tydliga och kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott?*Beslut av Regionstyrelsen den 28 juni 2011.*
7. Regiondirektören har i uppdrag att, efter remiss till regionens nämnder och styrelser, lämna förslag på regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015.  
*Beslut av Regionstyrelsen den 22 maj 2012.*

---

<sup>4</sup> Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

### Bilaga 3

#### Särskilda underlag som underlättar redovisning till Regionstyrelsen

- Rapport 2012-04-27 (dnr RS 518-2011) Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011. Rapport till Regionstyrelsens möte den 22 maj 2012. Rapporten finns i tryckt format och på regionens intranät under rubriken "Krisberedskap och säkerhet" och "Läs mer".
- Rapport 2011-04-18 (dnr RS 448-2011) kring redovisning av Västra Götalandsregionens risk-sårbarhetsanalys 2011, en samlad redovisning utifrån MSBFS 2010:6. Rapporten finns på regionens intranät under rubriken "Krisberedskap och säkerhet".
- MSB:s föreskrifter om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2010:6.
- För hälso- och sjukvårdens aktörer;
  - Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
  - Patientdatalagen SFS 2008:355
  - Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659
  - Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2005:12 om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
- Informationsbroschyren *Före – Under – Efter* är en sammanfattning av policy, ramverk och strategi för säkerhetsarbetet i regionen och är ett stöd i arbetet att besvara aktuella frågor och göra egna bedömningar. Broschyren finns i tryckt format och på Västra Götalandsregionens intranät under rubriken Krisberedskap och säkerhet.
- Regional strategi för säkerhetsarbetet i VGR: s verksamheter 2008-2011 anger 7 strategiska målen med tillhörande framgångsfaktorer, aktiviteter, styr- och måltal för regionens säkerhetsarbete. Strategin finns regionens intranät under rubriken "Krisberedskap och säkerhet" men också beställas från säkerhetsstrategiska enheten.
- Remissförslag på regional strategi för säkerhetsarbetet i VGR:s verksamheter 2012-2015, dnr RS 572-2011. Förslaget redovisar utgångspunkter och viktiga säkerhetsfrågor och anger 7 strategiska mål tillhörande framgångsfaktorer, aktiviteter, styr- och måltal. Remissförslaget, med begäran om svar senast den 15 oktober 2012, har skickats ut till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser tillsammans med skrivelse daterad 2012-06-09.

**Bilaga 4****Diskussionsunderlag med förslag på 13 samverkanskluster**

- 1 12 HSN och tillhörande hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli
- 2 SU
- 3 NU-sjukvården
- 4 SÅS
- 5 SkaS
- 6 Styrelser och nämnder till de mindre sjukhusen:
  - a. Kungälv
  - b. Alingsås
  - c. Frölunda
  - d. Angered
- 7 Styrelser och nämnder med verksamheter inom:
  - a. PV
  - b. TV
  - c. Habilitering & Hälsa
- 8 Styrelser och nämnder med verksamheter inom:
  - a. Folkhögskolor (7)
  - b. Botaniska
  - c. Naturbruk
  - d. Västarvet
  - e. Kultur i Väst
  - f. Västarvet
- 9 Bolagsstyrelser med verksamheter inom:
  - a. GöteborgsOperan AB
  - b. Göteborgs Symfoniker AB
  - c. Västsvenska Turistrådet
  - d. Film i Väst AB
  - e. Regionteater Väst AB
  - f. Västtrafik AB
  - g. SICAB
- 10 Fastighetsnämnden med verksamhet inom Västfastigheter
- 11 Servicenämnden med verksamhet inom:
  - a. Regionservice
  - b. Nya VGR IT
  - c. Inköp
- 12 Styrelser och nämnder med verksamhet inom:
  - a. Regionutveckling
  - b. Miljö
  - c. Kultur
  - d. Kollektivtrafik
  - e. Rättighet
  - f. Folkhälsa
- 13 Regionstyrelsen och nämnder/styrelser med verksamhet inom:
  - a. Regionkansliet
  - b. Hälsan & Arbetslivet
  - c. HSK
  - d. Patientnämndernas kansli
  - e. Revisorskollegiet



## Rapporteringsmall (RM) för redovisning av 2012 års säkerhetsarbete till Regionstyrelsen

Nämnder och styrelser ska årligen redovisa sitt säkerhetsarbete till regionstyrelsen enligt regionfullmäktiges beslut den 22 april 2008, dnr RSK 636-2006. Säkerhetsarbetet ska redovisas i respektive årsredovisning och till regionstyrelsen.

Redovisning av 2012 års säkerhetsarbete ska vara [regionstyrelsen@vgregion.se](mailto:regionstyrelsen@vgregion.se) tillhanda senast den 18 februari 2013 med hänvisning till dnr RS 2134-2012

### Del 1 Allmänt

**Rött/DÅLIGT:** Vi är långt ifrån att uppnå uppsatta mål. Mycket arbete återstår.

**Orange/VARNING:** Vi är inte riktigt nära att nå målen. En hel del arbete återstår

**Gult/OK:** Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg

**Ljusgrönt/BRA:** Vi bedömer att vi når våra mål.

**Mörkgrönt/UTMÄRKT:** Vi överträffar våra mål. Våra resultat är utmärkta.



Markera enligt balanserat styrkortsmetodik

1. (Mål 1) Finns en fungerande och systematisk avvikelshantering i er förvaltning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (Mål 1) Redovisas kostnader för oönskade händelser i verksamhets- och/eller förvaltningsledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. (Mål 1) Är behovet av personer utbildade i riskanalys, säkerhetsanalys eller händelseanalys tillgodosett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (Mål 2) Hanteras säkerhetsfrågor regelbundet av förvaltnings- eller verksamhetsledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (Mål 3) Har Västfastigheter tagit över ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. (Mål 4) Har Regionservice ansvar för skyddsåtgärder som inte Västfastigheter ansvarar för som ex vis korthantering, vakter, larm, avtalsbevakning, kameraövervakning, RSA, utbildningar m.m.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. (Mål 5) Finns kontinuitetsplan och/eller kris- och beredskapsplan upprättad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (Mål 5) Finns en handlingsplan för säkerhetsarbetet som är fastställd av nämnd/styrelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. (Mål 6) Utbildas personalen i personsäkerhet i enlighet med beslutade riktlinjer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (Mål 7) Har skyddsvärd information identifierats och klassificerats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. (Mål 7) Finns rutiner i förvaltningen som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Del 2 - Krishanteringsförmåga och Informationssäkerhet

Följande frågor utgår från att Regionstyrelsen årligen ska rapportera till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Socialstyrelsen och Länsstyrelsen vilka åtgärder som vidtagits för att minska risker och sårbarheter och därmed förbättrat krishanteringsförmågan.

1. Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under 2012 i syfte att förbättra:
  - a) krishanteringsförmågan Svar: Ja  Nej
  - b) informationssäkerheten Svar: Ja  Nej
  
2. Redovisa antal RSA som genomförts i syfte att förbättra:
  - a) krishanteringsförmågan Svar: Antal \_\_\_\_\_
  - b) informationssäkerheten Svar: Antal \_\_\_\_\_
  
3. Redovisa ändrade förutsättningar, granskningar, RSA och skydds- och förbättringsåtgärder som utförts avseende säkerheten
 

Svar: Inga ändrade förutsättningar

Svar: Ändrade förutsättningar (skriv svar i del 6)

Svar: Inget har genomförts

Svar: Följande har genomförts (skriv svar i del 6)
  
4. Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under 2012 som påverkat
  - a) krishanteringsförmågan Svar: Ja  Nej
  - b) informationssäkerheten Svar: Ja  Nej
  - c) säkerheten i övrigt Svar: Ja  Nej
  
5. Bedömning av förvaltningens eller verksamhetens krishanteringsförmåga
 

Svar: Använd mallen nedan.

Strategisk Ledning	Samverkan med andra aktörer	Extern information/kommunikation	Intern information/kommunikation	Operativ ledning
Handlingsplaner, prioritering av resurser, förtroendefrågor, tydliga roller och tydligt ansvar	Andra förvaltningar, kommuner, polis, räddningstjänst etc.	Nätverk och samverkan med andra aktörer, landsting m.fl.	Nätverk och samverkan med andra aktörer inom VGR	Planerad och övad kris- och katastrofledning

1 Det finns ingen eller mycket bristfällig förmåga	2 Det finns en viss förmåga men den är bristfällig	3 Förmågan är i huvudsak god men har vissa brister	4 Förmågan är god
---	---	---	----------------------

### Del 3 - Övergripande och gemensamma risker

6. Ange övergripande regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränserna inom VGR?  
Svar: Inget behöver hanteras   
Svar: Följande bör hanteras (*skriv svar i del 6*)

### Del 4 – Personsäkerhet

7. Hur många personer har medverkat i personsäkerhetsutbildning inom ramen för riktlinjer för personsäkerhet<sup>1</sup>?  
Svar: Antal \_\_\_\_\_

### Del 5 - Hälsa- och sjukvård

8. Finns tydliga och kända rutiner kring spärr av vårddokumentation?<sup>2</sup>  
Svar: Ja  Nej
9. Finns tydliga och kända rutiner kring hantering av behörigheter?  
Svar: Ja  Nej
10. Kommuneras eller skickas känslig patientinformation på ett säkert sätt?  
Svar: Ja  Nej   
Svar: Kompletterande svar (*skriv svar i del 6*)
11. Enligt SOSFS 2008:14 ska återrapportering till vårdgivaren omfatta granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse och riskanalyser samt förbättringsåtgärder som vidtagits.  
Svar: Utöver svar i del 2, punkterna 1-3, kan kompletterande svar kring ändrade förutsättningar och beskrivning av vad som har genomförts *skrivas i del 6*.

### Del 6 - kompletterande svar:

Fråga 3 om ändrade förutsättningar: (*skriv här*)

Fråga 3 om vad som har genomförts: (*skriv här*)

Fråga 6 vad som bör hanteras: (*skriv här*)

Fråga 10 komplettering kring säker kommunikation: (*skriv här*)

Fråga 11 om ändrade förutsättningar och vad som genomförts (*skriv här*)

**Övriga kommentarer:** (*skriv här*)

<sup>1</sup> Regionstyrelsens beslut 2009-10-27, dnr RSK 59-2008, § 246

<sup>2</sup> 4 kap. 4 § patientdatalagen



# Ärende 5

Ärende 5





**Tjänsteutlåtande**

Datum 2013-01-15

Diarienummer NU 223/2012

**Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken**

Handläggare Gerd Karlsson

---

**Remissvar gällande motion om mottagningar för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa**

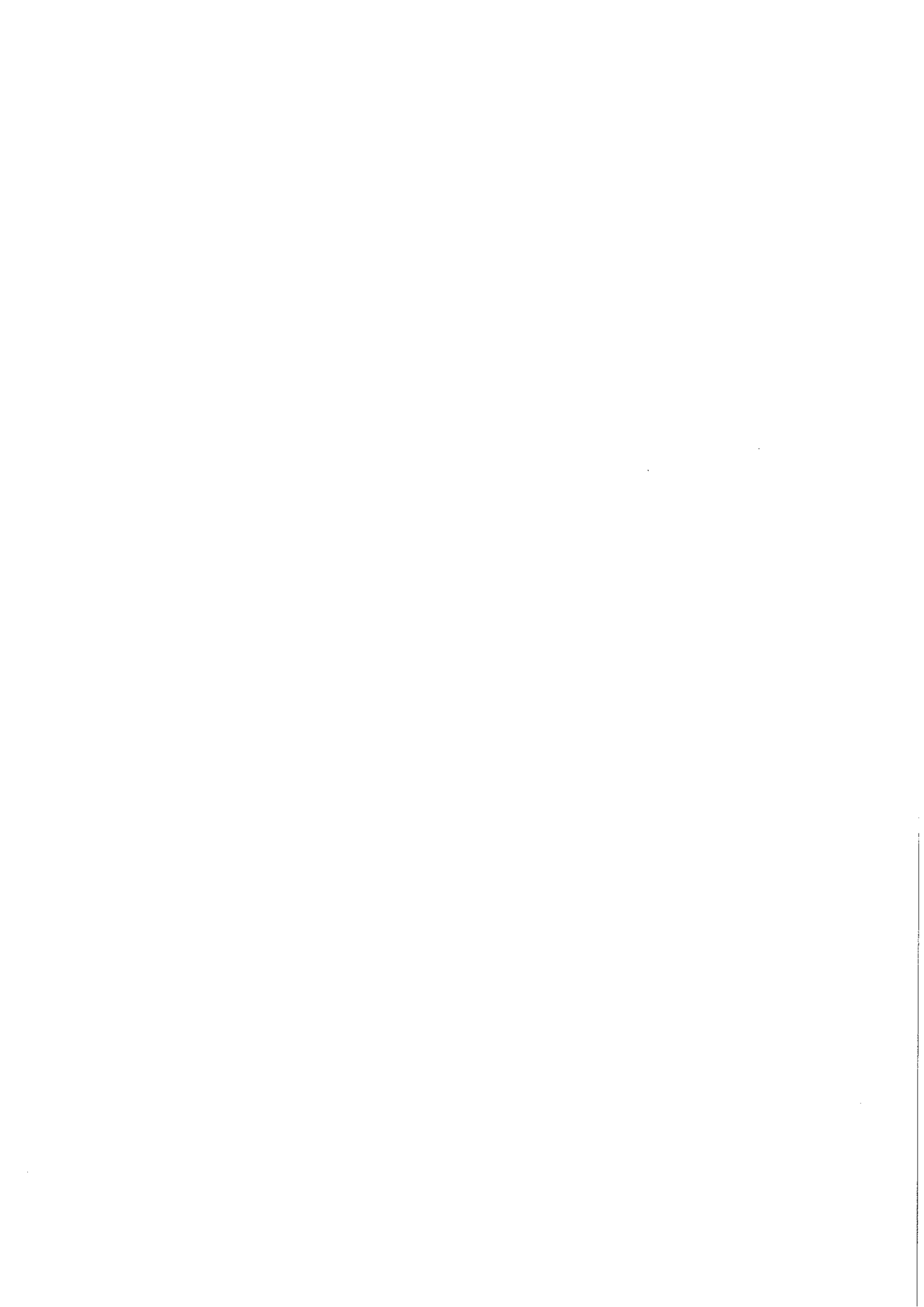
Regionfullmäktige har remitterat en motion om mottagningar för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa från Monica Selin (KD) för yttrande.

Intentionen i motionen välkomnas och verksamheten ställer sig positiv till detta initiativ. Ett sätt att möjliggöra denna intention är att Regionstyrelsen tillsammans med Västkom utarbetar riktlinjer och ger primärvården ett uppdrag att tillsammans med att arbeta fram gemensam mottagningsverksamhet för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa inom varje kommun. Det är viktigt att beakta närhet och skapa förutsättning för gott samarbete.

Det är också viktigt att beakta att det inte tas resurser från specialistverksamheten vid uppbyggnaden av denna verksamhet.

Barn och ungdomspsykiatrins roll är att vara rådgivande och ha ett konsultativt arbetssätt gentemot första linjen.

Inom modellarbetet Vänersborg, numera Psynkprojektet, är psykisk ohälsa för första linjen ett utvecklingsarbete som där verksamhetschefen för barn- och ungdomspsykiatriska kliniken är projektansvarig för. Arbetsgruppen består av representanter från elevhälsa, socialtjänst, ungdomsmottagningar och vårdcentraler. Målet är att få till en verksamhet i första linjen för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa och deras föräldrar. Från kommunal verksamhet är man positiv, medan det från primärvården hänvisas till att man inte fått tilldelat resurser för uppdraget, för att ge insatser för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.



Handläggare: Verkschef Bur (GB)
Kop: Sjukhusdir (LH) Sektorstyr (ME) Omr chef barn/ KIC (PL) ✓

Ledningskansliet för NU-sjukvården Anken 2012 -10- 31 D nr... 223:10/2012
--

Avdelning:

Administrativa avdelningen

Handläggare:

Britt-Marie Gustafsson

Datum:

2012-10-31

Diarienummer:

RS 2142-2012

Till

Primärvårdsstyrelsen

Styrelsen för NU-sjukvården

Hälsa- och sjukvårdsutskottet - sammanställer

## Motion av Monica Selin (KD) om mottagningar för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa

Regionstyrelsen har valt att remittera denna motion till rubricerade för yttrande.


Av motionssvaret skall framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras. I svaret ska också anges om det redan nu pågår verksamhet eller motsvarande i enlighet med motionens intentioner. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det regionfullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/styrelser lämnat synpunkter. Regionkansliet sammanställer därefter inkomna remissvar och lämnar förslag till beslut.

Motionssvaret tillsammans med protokollutdraget ska vara regionkansliet tillhanda senast den 28 februari 2013. Ange vårt diarienummer när svaret sänds in.

Sänds in via email: [britt-marie.gustafsson@vgregion.se](mailto:britt-marie.gustafsson@vgregion.se) eller per post enligt adress nedan.

Önskas ytterligare uppgifter i ärendet kan Ni kontakta undertecknad på tel 010-4410142.

Med vänlig hälsning



Britt-Marie Gustafsson



## Motion till Regionfullmäktige

### Mottagningar för barn och unga med lindrig psykisk ohälsa

Den ökande psykiska ohälsan hos barn och ungdomar är en av vårt samhälles största utmaningar. Samtidigt som Barn- och ungdomspsykiatrien har fått hantera ett hårt söktryck och på vissa håll dras med mycket svåra bemanningsproblem har vi kunnat konstatera att primärvården ofta brustit i att fånga upp barn och unga som mår psykiskt dåligt.

Socialstyrelsen utgav 2010 rapporten "Barn och ungdomar med psykisk ohälsa - vem tar hand om dem?" I rapporten framkommer av socialstyrelsens nationella granskning att det finns stora brister i den icke specialiserade vården för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett tidigt stöd till barn och unga som lider av lindrig psykisk, psykosocial och psykosomatisk ohälsa kan vara avgörande för att undvika accelererande psykisk ohälsa. Obehandlad psykisk ohälsa ökar risken för långvariga och svårbehandlade sjukdomssymtom som kan leda till utanförskap som är svåra att bryta.

Efter en flerårig kartläggning och identifiering av såkallade flaskhalsar i Jönköpings kommun och Jönköpings läns landsting inom SKL-projektet "Modellområde psykisk hälsa barn och unga" har framkommit att det inte funnits någon verksamhet som haft i uppdrag att ge vård och behandling till barn och unga med lindrig psykiatrisk, psykosocial och/eller psykosomatisk problematik. Bristen har särskilt handlat om en verksamhet som kan arbeta med både barn, unga och deras familjer och nätverk i samverkan med elevhälsan, specialistenheterna inom landstinget, socialtjänsten, fritid med flera.

Som ett svar på detta resultat öppnade i augusti 2012 landets första barn- och ungdomshälsa med målgruppen barn och unga 6-18 år och föräldrar i Jönköping. Knutna till verksamheten finns sacionomer, psykologer, sjuksköterska, dietist, barnläkare och sjukgymnast. Verksamhetens uppdrag är att erbjuda vägledning, stöd, behandling och föräldrautbildning.

Då en verksamhet som kan erbjuda ett nära, tidigt och tvärprofessionellt stöd som förmår ta ett samlat grepp och ta tillvara på den enskildes nätverk och föräldraresurser kan spela en avgörande roll för tidig upptäckt och behandling för barn och unga som på grund av lindrig psykisk ohälsa riskerar att marginaliseras bör möjligheten att införa en liknande funktion i Västra Götalandsregionen undersökas.

### *Mot bakgrund av ovanstående föreslås Regionfullmäktige besluta*

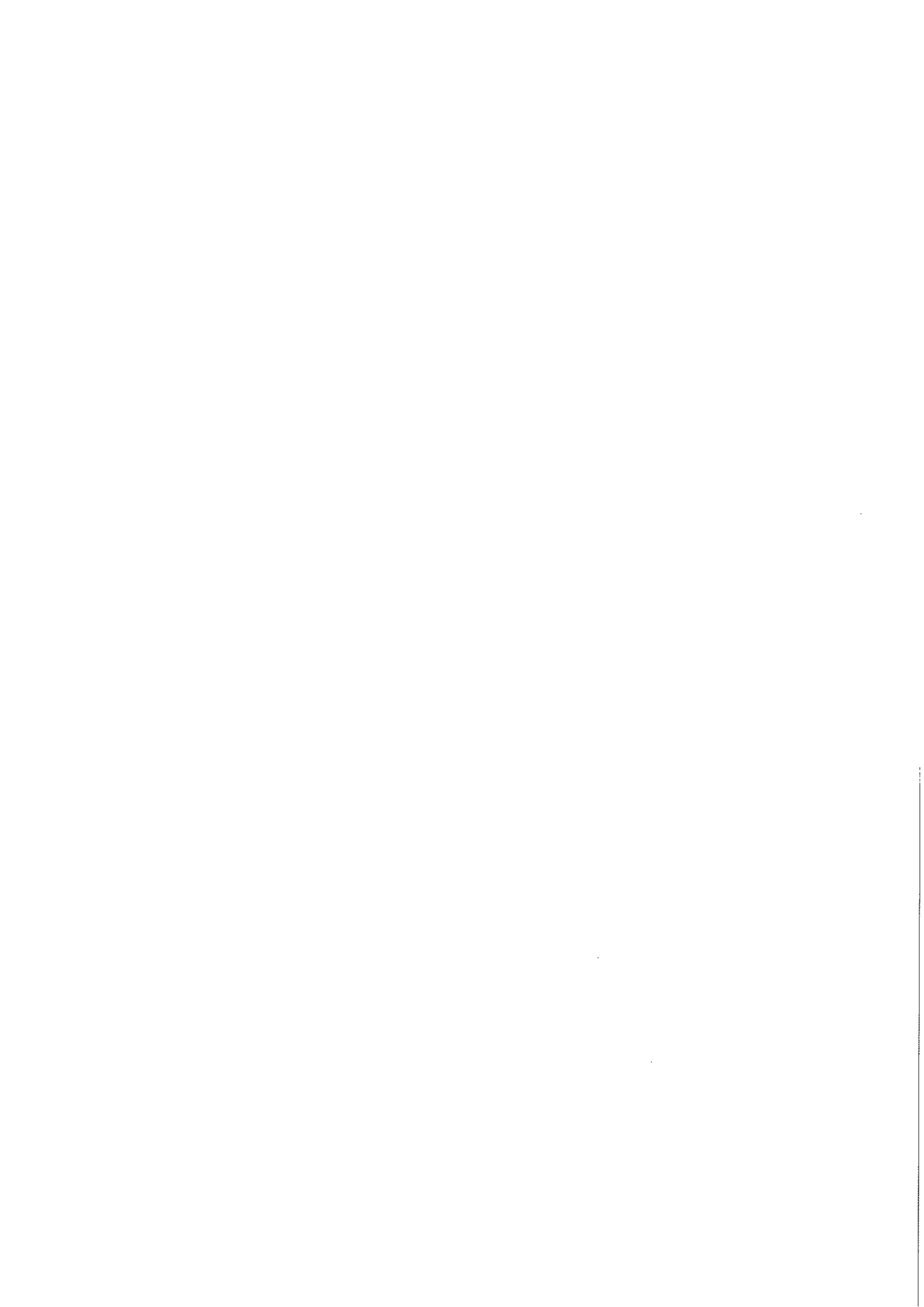
att ge Regionstyrelsen i uppdrag att med inspiration från Barn- och ungdomshälsan i Jönköpings läns landsting arbeta fram ett förslag på liknande modell för Västra Götalandsregionen.

Vänersborg 2012-09-24

  
Monica Selin (KD)

# Ärende 7

Ärende 7





**Tjänsteutlåtande**

Datum 2013-01-14

Diarienummer NU 197/2012

**Ledningskansliet för NU-sjukvården**

Handläggare Eva-Lena Egsonius

---

## Granskning av intern kontroll

Styrelsen för NU-sjukvården har beslutat om en intern kontrollplan för 2012. Den baseras på riskanalyser som gjorts inom främst NU-sjukvårdens administrativa stödprocesser. Granskning har genomförts utifrån den beslutade kontrollplanen och resultatet redovisas i årsredovisningen.

NU-sjukvården har arbetat fram ett förslag på en organisation av intern kontroll, övergripande och på områdesnivå. Funktionen bygger på att den interna kontrollen integreras i arbetet med ledningssystemet.

Sven Florström  
Ekonomichef





Datum 2012-09-12  
Diarienummer Rev 32-2012

Handläggare: Ekchef (SF) ✓
Kopia: styrelsen ✓ sjukhusledning ✓

Sida 1(2)

Ledningskansliet för NU-sjukvården Anken
2012-09-27
D nr. 197:10/2012

Se sändlista

### Granskning av intern kontroll

Av kommunallagens 6 kapitel 7 paragraf framgår att nämnderna, var och en på sitt område, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten i övrigt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.


Revisorernas bedömning är:

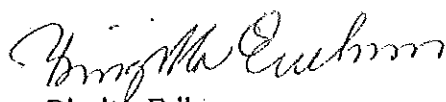
- Det arbete som styrelserna för de stora sjukhusen samt Rehabilitering & Hälsa bedriver för att utveckla och systematisera den interna kontrollen utgör en god grund, både för det fortsatta arbetet och för det uppdrag som regionkansliet fått från regionstyrelsen avseende utarbetandet av ett regiongemensamt regelverk för intern kontroll (2011, § 266).
- Det utvecklingsarbete som påbörjats på regionstyrelsens initiativ skall vara en god grund för en utvecklad gemensam struktur för såväl internkontrollplaner som risk- och väsentlighetsanalyser. Det är dock viktigt att arbetet tidigt förankras i styrelser och nämnder samt i deras ledningsgrupper.
- Regionstyrelsen borde i högre grad än vad som är fallet i dag skall ta ett mer övergripande ansvar för att utforma gemensamma strukturer för hur den interna kontrollen ska bedrivas för att säkerställa att kraven i kommunallagens 6 kap. 7 § uppfylls i samtliga nämnder och styrelser.

### Rekommendationer

- Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppdra åt regiondirektören att kommunicera med nämnder och styrelser om hur arbetet ska fortsätta avseende utvecklingen av ett gemensamt regelverk för den interna kontrollen. Det skulle underlätta för nämnder och styrelser att själva arbeta vidare utifrån påbörjat arbete utan att försvåra implementeringen av den framtida strukturen.
- Vi rekommenderar slutligen berörda styrelser att, tillsammans med sina ledningsgrupper och berörda tjänstemän, utveckla strukturer för den interna kontrollen och diskutera hur arbetet bättre kan integreras i verksamheternas nuvarande ledningssystem.
- Vi rekommenderar regionstyrelsen att utveckla sin uppsikt över övriga nämnder och styrelsers arbete med att utveckla den interna kontrollen.

För revisorskollegiet

  
Ulf Sjösten  
Ordförande

  
Birgitta Eriksson  
Vice ordförande

Datum 2012-09-12

Diarienummer Rev 32-2012

---

Revisionskollegiet emotser svar från berörda nämnder och styrelser inom sex månader från att rapporten expedierats.

**Expedieras till**  
Regionstyrelsen  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
NU-sjukvården  
Södra Älvsborgs Sjukhus  
Skaraborgs Sjukhus  
Habilitering & Hälsa

**Kopia till**  
Regionfullmäktiges presidium  
Samtliga politiska sekreterare  
Leif Andersson, Regionkansliet  
Hans Ekman, central ekonomiavdelning

# Granskning av intern kontroll

Dnr: Rev 32-2012

Genomförd av: Revisionsenheten  
Vilhelm Rundquist  
Thomas Vilhelmsson

Behandlad av Revisorskollegiet den 12 september 2012

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Inledning</b>	<b>4</b>
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte och revisionsfrågor	4
2.3	Ansvarig nämnd och avgränsning	4
2.4	Revisionskriterier	4
2.5	Metod	4
<b>3</b>	<b>Intervjuer med sjukhusen</b>	<b>5</b>
3.1	NU-sjukvården	5
3.2	Skaraborgs sjukhus	6
3.3	Sahlgrenska universitetssjukhuset	7
3.4	Södra Älvsborgs sjukhus	9
3.5	Habilitering & Hälsa	11
<b>4</b>	<b>Regionstyrelsen</b>	<b>12</b>
4.1	Ett samordnande ansvar	12
<b>5</b>	<b>Tio steg i processen</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>Bedömning och rekommendationer</b>	<b>13</b>
6.1	Bedömning av nuläget	13
6.2	Rekommendationer för framtiden	14

## 1 Sammanfattning

Syftet har varit att granska hur nämnder och styrelser hanterar uppdraget att utöva en tillräckligt god intern kontroll med fokus på upprättande av internkontrollplaner.

Av kommunallagens 6 kapitel 7 paragraf framgår att nämnderna, var och en på sitt område, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten i övrigt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

Följande revisionsfrågor skall besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- Har nämnder och styrelser upprättat internkontrollplaner för sina verksamheter 2012?
- Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?
- Är nämnder och styrelser internkontrollplaner ändamålsenliga ställt till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Granskningen omfattar arbetet med att upprätta internkontrollplaner inför verksamhetsåret 2012 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus samt Habilitering & Hälsa.

### Iakttagelser

- Det finns internkontrollplaner i de styrelser som granskats, men dessa kan utvecklas ytterligare. Internkontrollplanerna bör utgöra grunden för den systematiska styrningen, kontrollen och uppföljningen. Befintliga internkontrollplaner omfattar huvudsakligen administrativa och ekonomiska processer och i lägre grad mer verksamhetsnära processer.
- Ute i verksamheterna görs en rad kontroller och uppföljningar, vilka i sig utgör delar av intern styrning och kontroll. Det är väsentligt att dessa integreras i det övergripande arbetet med att upprätta internkontrollplaner.

### Bedömningar

- Det arbete som styrelserna för de stora sjukhusen samt Habilitering & Hälsa bedriver för att utveckla och systematisera den interna kontrollen borde kunna vara en god grund, både för det fortsatta arbetet och det uppdrag som regionkansliet fått från regionstyrelsen avseende utarbetandet av ett regiongemensamt regelverk för intern kontroll (2011, § 266).
- Det utvecklingsarbete som påbörjats på regionstyrelsens initiativ borde kunna vara en god grund för en utvecklad gemensam struktur för såväl internkontrollplaner som risk- och väsentlighetsanalyser. Det är dock viktigt att arbetet tidigt förankras i styrelser och nämnder samt i deras ledningsgrupper.
- Regionstyrelsen borde i högre grad än vad som är fallet i dag kunna ta ett mer övergripande ansvar för att utforma gemensamma strukturer för hur den interna kontrollen ska bedrivas för att säkerställa att kraven i kommunallagens 6 kap. 7 § uppfylls i samtliga nämnder och styrelser.

### Rekommendationer

- Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppdra åt regiondirektören att kommunicera med nämnder och styrelser om hur arbetet ska fortsätta avseende utvecklingen av ett gemensamt regelverk för den interna kontrollen. Det skulle underlätta för nämnder och

styrelser att själva arbeta vidare utifrån påbörjat arbete utan att försvåra implementeringen av den framtida strukturen.

- Vi rekommenderar slutligen berörda styrelser att, tillsammans med sina ledningsgrupper och berörda tjänstemän, utveckla strukturer för den interna kontrollen och diskutera hur arbetet bättre kan integreras i verksamheternas nuvarande ledningssystem.

## **2 Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

Av kommunallagens 6 kapitel och dess 7 paragraf framgår att nämnderna, var och en på sitt område, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten i övrigt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

Det är regionstyrelsens ansvar att leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och styrelser verksamheter. Regionstyrelsen har enligt kommunallagen dessutom ansvar för att samordna den interna styrningen och kontrollen och ha uppsikt över att den interna kontrollen i övriga nämnder och styrelser är tillräcklig.

Revisorernas uppgift är att pröva om den interna kontrollen är tillräcklig.

Revisionen har under flera år framfört synpunkter dels på hur den interna kontrollen i nämnder och styrelser sköts, dels på att det inte finns någon regiongemensam struktur för hur arbetet med att upprätthålla en tillräcklig intern kontroll ska bedrivas.

Vid sitt sammanträde den 1 november 2011 (§ 266) gav regionstyrelsen regiondirektören uppdraget att ta fram ett förslag till ägaruppdrag om intern kontroll. Det ska enligt beslutet utgå från befintliga riskanalyser och ett regiongemensamt regelverk för den interna kontrollen.

### **2.2 Syfte och revisionsfrågor**

Syftet har varit att granska hur nämnder och styrelser hanterar uppdraget att utöva en tillräckligt god intern kontroll med fokus på upprättande av internkontrollplaner.

Följande revisionsfrågor skall besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- Har nämnder och styrelser upprättat internkontrollplaner för sina verksamheter 2012?
- Har de upprättat kontrollåtgärdsplaner?
- Är internkontrollplanerna ställda mot Regionfullmäktiges mål och uppdrag ändamålsenliga?

### **2.3 Ansvarig nämnd och avgränsning**

Granskningen omfattar arbetet med att upprätta internkontrollplaner inför verksamhetsåret 2012 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus samt Habilitering & Hälsa.

### **2.4 Revisionskriterier**

- Kommunallagens 6 kap 7 §
- Regionövergripande policys och riktlinjer

### **2.5 Metod**

Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer.

### 3 Intervjuer med sjukhusen

#### 3.1 NU-sjukvården

##### 3.1.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?

NU-sjukvården har en internkontrollplan som gäller för år 2012. Den första planen upprättades år 2011. Planen är framtagen av en arbetsgrupp utsedd av ledningskansliet. Den utgår från riskanalyser i administrativa processer som har genomförts. Planen är fastställd av styrelsen.

##### Iakttagelser och kommentarer

Arbetsgruppen som haft ansvar för att ta fram förslaget är utsedd av ledningsgruppen men inte kopplad till controllergruppen utan arbetar i ett parallellt spår. Den aktuella planen är främst inriktad på administrativa rutiner, särskilt ekonomiska sådana. Verksamhetsfokus saknas men skulle kunna uppnås med en tydligare samordning med controllergruppens arbete.

Controllergruppen tar fram underlag för ledningens styrning. Underlagen bygger på riskanalyser och nyckeltal kopplade till det balanserade styrkortet, vilket i sin tur är kopplat till det övergripande uppdraget. Controllergruppens arbete bör enligt vår mening vara grunden för det fortsatta arbetet.

##### 3.1.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?

NU-sjukvårdens arbetsgrupp för intern kontroll efterlyser stöd från regionkansliet i de frågor som avser intern kontroll. Det finns inget gemensamt strukturkapital, inte heller någon tydlig central samtalspartner. Det arbete som utförs ute i nämnder och styrelser samordnas inte heller vid regionkansliet. Det leder till olika arbetssätt och modeller för hur styrelser och nämnder upprättar sina internkontrollplaner. Dock är ett centralt arbete påbörjat i syfte att utveckla en gemensam struktur för den interna kontrollen och upprättandet av internkontrollplaner.

##### Iakttagelser och kommentarer

Regionen saknar gemensam struktur och bild av vad en tillräcklig intern kontroll enligt kommunallagens 6 kap. 7§ är. Något gemensamt arbetssätt för upprättandet av internkontrollplaner finns inte. Det torde försvåra regionstyrelsens och regionkansliets övergripande och samordnande uppdrag i frågan. NU-sjukvården uppfattar att frågan har varit lågt prioriterad centralt. Det påbörjade arbetet vid regionkansliet kommer ha genomslag tidigast år 2013.

##### 3.1.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?

Internkontrollplanen för år 2012 omfattar i första hand administrativa processer och de risker som är förknippade med dessa. För de angivna riskområdena finns åtgärder dokumenterade. Av kontrollplanen framgår vad som skall göras, när det ska göras och hur det ska rapporteras.

Upprättandet av en internkontrollplan omfattar momenten:

- verksamhetsanalys
- riskanalys
- riskhantering
- upprättandet av plan

Risikanalyserna utgår främst från arbetsgruppens uppdrag och mindre från regionfullmäktiges uppdrag till regionstyrelsen. I stort genomförs risikanalyserna så att arbetsgruppen samlar in de risker man kan se på området administration.

Arbetsgruppen har ambitionen att inför arbetet med internkontrollplanen för år 2013 i högre grad engagera verksamheterna. På så vis hoppas man kunna bredda underlaget för risikanalyserna.

Resultatet från genomförda kontroller rapporteras till styrelsen och regionkansliet i anslutning till delårs- och årsbokslut. I de fall rapporteringen visar på väsentliga avvikelser beslutar styrelsen om åtgärder.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Det är viktigt att arbetet med intern styrning och kontroll samt upprättandet av internkontrollplanen är integrerade i ledningens och styrelsens styrning. Det finns ansvariga utsedda för respektive kontrollmoment. Dessa har ett huvudansvar för att kontrollerna utförs, till sin hjälp har de utsedda kontrollansvariga i verksamheten.

Det arbete som arbetsgruppen genomför bör enligt vår mening förtydligas så att det starkare kopplas till styrelsens uppdrag enligt kommunallagen att upprätta en tillräcklig intern kontroll. Vi menar att det annars riskerar att vara en parallell process till övrig uppföljning och kontroll som genomförs i verksamheten.

De riskanalyser som genomförs bör enligt vår mening omfatta fler perspektiv än de som arbetsgruppen arbetar med idag. Styrelsen bör ges möjlighet att diskutera risken för att regionfullmäktiges mål och uppdrag inte skulle kunna uppnås under året. Diskussionen bör styrelsen föra tillsammans med ledningsgruppen.

#### **3.1.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?**

Sjukhusets gällande internkontrollplan utgår från regionfullmäktiges mål och uppdrag. NU-sjukvården har endast upprättat en plan tidigare och är fortfarande inne i utvecklingsarbetet av den interna styrningen och kontrollen.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

NU-sjukvårdens utgångspunkt utgår indirekt från regionfullmäktiges mål och uppdrag i och med att det är styrelsens mål och uppdrag som är internkontrollplanens utgångspunkt. För att stärka kopplingen till de övergripande målen, gällande lag och reglemente bör ledningsgrupp och styrelse engageras tidigare i arbetet.

### **3.2 Skaraborgs sjukhus**

#### **3.2.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?**

Någon internkontrollplan för år 2012 finns inte. Reglemente och tillämpningsanvisningar är dock framtagna. Reglementet och anvisningarna bygger på det arbete som gjorts i NU-sjukvården och på vad COSO-modellen säger om intern styrning och kontroll. Målet är att få fram en plan för den interna kontrollen till år 2013 och att det år 2015 ska finnas en genomarbetad internkontrollplan för hela verksamheten.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Det arbete som bedrivs för att utveckla den interna styrningen och kontrollen vid SkaS är initierat av styrelsen. Arbetet har stora likheter med det arbete som bedrivs vid NU-sjukvården. Man bygger en struktur från grunden och utgår från en risk- och väsentlighetsanalys av de administrativa processerna. Den grupp som arbetar med uppdraget är kopplad till ledningsgruppen, vilket enligt vår mening är nödvändigt för att nå framgång.

#### **3.2.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?**

De som arbetar med att utveckla strukturen för arbetet med internkontroll på SkaS menar att stödet från regionstyrelsens kansli är svagt. De söker i första hand stöd hos NU-sjukvården och den grupp som arbetar med frågan där.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Utvecklingsarbetet av intern styrning och kontroll görs utan stöd från centralt håll. Dock pågår ett arbete på regionkansliet med att bygga en gemensam struktur och en gemensam syn på hur arbetet ska bedrivas.

#### **3.2.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?**

Det finns ingen konkret kontrollåtgärdsplan, eftersom det inte finns någon internkontrollplan. Dock förekommer redan idag en rad aktiviteter, vilka kan betraktas som intern kontroll. Framför allt på ekonomiområdet där det görs en rad kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. Rapportering till ledning och styrelse avseende de fyra perspektiven i det balanserade styrkortet sker månatligen.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Det görs en rad uppföljningar av verksamheten. Dock görs dessa fortfarande utanför en samlad internkontroll och mycket påminner mer om uppföljning i efterhand än internkontroll. Med uppföljnings- och kontrollaktiviteter grundade på en tydlig och samlad plan får styrelsen bättre möjligheter att utveckla en mer proaktiv styrning av verksamheten.

#### **3.2.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?**

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus har inlett sitt arbete med att bygga en strukturerad styrning och kontroll av verksamheten. När arbetet är klart och samtliga delar av verksamheten omfattas av både plan och underliggande risk- och väsentlighetsanalys bör den kunna anses vara ändamålsenlig.

### **3.3 Sahlgrenska universitetssjukhuset**

#### **3.3.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?**

Under våren 2011 fick sjukhusledningen uppdraget att ta fram en plan för den interna kontrollen. En internkontrollplan för år 2012 är fastställd av styrelsen.

Styrelsen har inte tidigare arbetat systematiskt med internkontrollplaner som en del av den interna styrningen och kontrollen. Begreppet intern kontroll har inte heller varit tydligt definierat i verksamheten. Den senaste tidens händelser i svensk offentlig sektor har visat på behoven av en stärkt intern styrning och kontroll och det är en av orsakerna till att fokus ökat och att en plan tagits fram.

En intern kontrollplan med ny struktur och systematik är antagen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2012. Syftet med planen är att skapa ett verktyg för en systematisk och strukturerad kontroll av sjukhusets ledningssystem. Under år 2011 har rutiner utvecklats för hur riskbedömning och granskningsplanering ska ske. Arbetet under år 2012 handlar om att säkerställa att beslutade aktiviteter genomförs. Samtidigt vill man etablera begreppet och arbetssättet i ett vidare perspektiv i organisationen. År 2012 är första året som planen utgör styrning för den interna kontrollen.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

SU har under år 2011 bedrivit ett systematiskt utvecklingsarbete avseende upprättandet av en internkontrollplan. År 2012 är första året som planen utgör en del av styrelsen och ledningsgruppens interna styrning och kontroll. Det är väsentligt att de kontrollaktiviteter som redan idag är implementerade i verksamheten integreras i den övergripande internkontrollstrukturen.

#### **3.3.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?**

Centralt stöd i arbetet med att utveckla och stärka den interna kontrollen saknas enligt vår intervju. Från sjukhuset uppfattar man att det varken finns central policy eller centrala riktlinjer för hur kontrollen ska utföras. Några regiongemensamma utbildningsinsatser förekommer heller inte.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Eftersom det inte finns något centralt forum för arbetet med intern kontroll behöver de större verksamheterna i regionen själva skapa ett sådant. Vissa initiativ är tagna men det finns inget formellt forum för att lyfta frågor om strukturkapitalet för intern styrning och kontroll. Det är väsentligt att lokala behov av struktur samordnas med regiondirektörens centralt påbörjade arbete.

#### **3.3.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?**

En plan för intern kontroll för år 2012 är fastställd av styrelsen. Planen bygger på en övergripande risk- och väsentlighetsanalys. Analysen utgår från regionala styrdokument och sjukhusets interna kontrollmiljö, styrelsens balanserade styrkort och budget samt de uppdrag som getts till respektive område.

Ambitionen är att under nästa år engagera områdena mer i både riskanalys och i upprättandet av internkontrollplanen. Utifrån internkontrollplanen finns en checklista upprättad. Av den framgår vilka kontroller som skall göras under året. Att beslutade kontroller genomförs är ett ansvar för linjecheferna i verksamheterna. Sjukhusets ledningsgrupp har varit engagerad i arbetet. Styrelsen får återrapportering av genomförda kontroller i samband med delårsrapporter och årsredovisning.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Det här är första året som SU arbetar mer systematiskt med att upprätta en internkontrollplan. Fokus i arbetet har legat på att upprätta underliggande dokument och etablera synsättet i ledningsgruppen.

Kommande år ska område 1 och 5 upprätta områdesspecifika interna kontrollplaner. Under år 2012 deltar de dessutom i ett fördjupat arbete om risk- och väsentlighetsanalys.

Chefer och personal med strategiska positioner inom sjukhusdirektörens stab har genomfört risk- och väsentlighetsanalyser med utgångspunkt i sina respektive ansvarsområden. Ledningsgruppen i sin helhet har inte deltagit, vilket är väsentligt att den gör enligt vår mening.

Sjukhusets interna kontrollplan gäller samtliga områden och med fokus på övergripande och gemensamma processer. Risk- och väsentlighetsanalyserna kan även utgöra utgångspunkten för fördjupade kontroller på områdesnivå.

### **3.3.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?**

Sahlgrenska universitetssjukhuset påbörjade år 2011 arbetet med att utveckla ett systematiskt arbetssätt för arbetet med att upprätta en internkontrollplan. Planen fastställdes inför verksamhetsåret 2012.

Arbetet med internkontrollplanen bedrivs systematiskt och med en löpande förankring i sjukhusets ledningsgrupp. Utgångspunkten för arbetet är sjukhusets övergripande och gemensamma processer, regionens övergripande styrdokument samt uppdraget från regionfullmäktige.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Sahlgrenska universitetssjukhusets internkontrollplan bygger på en tydlig struktur och en tydlig tidsplan för både utveckling och implementering. Tillsammans med övriga kontroll och uppföljningsaktiviteter som sker inom sjukhusets olika områden bör internkontrollplanen kunna utgöra en god grund för styrelsens interna styrning och kontroll. Dock är det väsentligt att dess ändamålsenlighet löpande utvärderas så att det fortsatta arbetet stärker planens användbarhet.

## **3.4 Södra Älvsborgs sjukhus**

### **3.4.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?**

Sjukhuset har arbetat med intern kontrollplan sedan regionen bildades. Den interna kontrollplanen uppdateras löpande och godkänns varje år av styrelsen. Den är väl utvecklad och beskriver såväl kontrollmoment som ansvar och frekvens.

Planen innehåller förutom en stor del ekonomi, även personal- och kanslifrågor. Andra områden har aldrig varit aktuella eftersom sjukhuset betraktar planen som en rent administrativ kontrollplan. Det är dock rimligt att andra kontroller görs, men de ska då hanteras där arbetet utförs.

Planen är helt och hållet framtagen av medarbetare vid de avdelningar som ingår i arbetet. Styrelsen får ett färdigt förslag att ta ställning till. Den har beslutat att resultaten från kontrollerna, från och med våren 2012, ska presenteras för styrelsen tre gånger årligen. Det kommer att öka fokus på intern kontroll och ge styrelsen en mer aktiv roll.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Sjukhusets kontrollplan har väl utvecklade administrativa kontroller. Ansvaret delas av flera personer och översyn sker årligen, vilket är en förutsättning för att arbetet ska fungera. Processen för att ta fram planen bedöms god på tjänstemannasidan, men styrelsen bör komma med i ett tidigare skede eftersom den har ansvaret för att det verkligen finns en intern kontroll.

### **3.4.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?**

Under början av 2000-talet nyttjade SÄS att det fanns en centralt placerad person vilken hjälpte till med riktlinjer och stöd i arbetet med intern kontroll. Denna hjälp fanns endast en period och sedan dess har man arbetat vidare på egen hand och försökt utveckla processen. Genom att engagera fler medarbetare får man ständigt in nya perspektiv och idéer men de kan också se ett värde i att få input även från utomstående.

Sjukhuset vill ha någon form av gemensamt centralt stöd vilket de tycker ha saknats, likaså gemensamma mallar för att kunna effektivisera arbetet och samtidigt kunna jämföra verksamheterna. Man tycker också att det borde finnas ett centralt kontrollansvar för exempelvis de system och transaktioner som hanteras där. Många av systemen styrs helt och hållet från centralt håll och informationen når i vissa fall inte förvaltningen alls.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Sjukhuset har arbetat strukturerat med sin interna kontroll och var mycket nöjda med de stöd de fick i början av sitt arbete. Det bedöms ha givit en god grund att utgå ifrån men med begränsat stöd med dokumentation och utbildning är det svårt att hålla igång utvecklingen. Trots detta har processen utvecklats och SÄS har bedrivit ett löpande arbete som engagerat flertalet medarbetare vid den egna centrala administrationen. Dessa har i sin tur utvecklat kontroller och kontrollmoment.

### **3.4.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?**

Den interna kontrollplanen är inte resultatet av en risk- och väsentlighetsanalys utan bygger på diskussioner mellan medarbetarna. Under våren arbetar man med att utveckla risk- och väsentlighet, vilket kan bli en grund för framtida planer. Riskerna med ett bristande förarbete är att kontrollmomenten inte anpassas till riskerna, vilket i sin tur medför att bristerna inte upptäcks. Förvaltningen har årligen arbetat med olika fokusområden där det periodvis krävts större insatser för att träffa riskerna bättre. Noterbart i den här planen är att varje kontroll är knuten till ett styrdokument.

Fel och brister upptäcks emellanåt och ofta handlar det om inköp. Dessa frågor tas upp direkt med berörda. Ansvar för att kontrollerna genomförs och dokumenteras ligger på respektive chef. Resultaten från kontrollerna redovisas till styrelsen i en rapport kompletterad med en muntlig föredragning. Från och med 2012 kommer detta att göras tre gånger per år.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Det blir tydligare om den interna kontrollen utgår från såväl fullmäktiges mål som en risk- och väsentlighetsanalys, vilket nu sker vid sjukhuset. Det är viktigt att styrelsen förstår vad intern kontroll är och vad den själv betyder för uppdraget. Den kan då ha ett mer strategiskt och övergripande perspektiv. Planen uppfyller innehållskraven och anger ansvarig tjänsteman, kontrollmoment, frekvens och vem som ska ta emot avvikelserna.

### **3.4.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?**

Sjukhuset har inte utgått från fullmäktiges mål, men man kan se en koppling till målen för ekonomi och inköp. Målen ligger på en högre nivå än vad planens administrativa kontroller når, men med ett mer utvecklat arbete med risk- och väsentlighetsanalys och en mer delaktig styrelse finns möjligheter att bredda arbetet.

### **3.5 Habilitering & Hälsa**

#### **3.5.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?**

Habilitering & Hälsa införde sin första plan för intern kontroll år 2009. Detta var tidigt, sett ur ett regionperspektiv, men inget unikt eftersom kraven funnits i kommunallagen sedan länge. De årligt uppdaterade planerna utarbetas av ett mindre antal tjänstemän då intresset varit relativt svalt. Inte heller styrelsen har varit inblandad i arbetet även om den har haft möjlighet att lämna synpunkter på den. Mallen presenterades för ledningsgruppen i syfte att ta upp eventuella ändringsförslag innan den presenterades för styrelsen. Det har varit och är viktigt för styrelsen att planen hålls levande och uppdateras löpande för att den alltid ska vara så aktuell som möjligt.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Interna kontrollplanen är en del av förvaltningens säkerhetsarbete. Ansvar och arbetet vilar på en person. Planen är resultatet av ett traditionellt internkontrolltänkande, med fokus på administrativa och ekonomiska rutiner. För att få djupare och mer riktade kontroller krävs att ledningsgruppen tar större ansvar. Internkontrollplanen saknar även viktiga strategiska perspektiv och kopplingar mot de styrande målen. Här krävs att styrelsen medverkar redan i förarbetet.

#### **3.5.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?**

Det har inte funnits något stöd att få från centrala kanslier, vare sig som skrivna dokument eller personella resurser. Ansvarig tjänsteman vände sig tidigt till revisionsenheten och fick där ett grundläggande stöd i arbetet. Det finns en önskan om mer central samordning med bland annat gemensamma dokumentmallar och gärna tillgång till någon engagerad person som kan följa utvecklingen på området samt ge tips och information.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Västra Götalandsregionen har inte satsat några administrativa resurser för att hjälpa styrelser och nämnder att upprätta interna kontrollplaner. Detta har medfört att förvaltningarna själva tvingats lägga resurser på det. Det har dessutom medfört att kvaliteten blivit ojämn.

#### **3.5.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?**

Varken styrelsen eller förvaltningen har genomfört en risk- och väsentlighetsanalys som skulle kunna ligga till grund för en internkontrollplan. Förvaltningen är medveten om detta, men har inget gjort. Eftersom analysen har saknats så innehåller planen främst standardiserade ekonomiska kontroller men även kontroller av personaladministration och säkerhet. Dessa är viktiga men med en djupare analys kan man förbättra kontrollerna och rikta dem mot förvaltningsspecifika risker. För att få med fler områden och fler förfinade kontroller i syfte att bättre kunna möta riskerna finns önskemål om ett bredare förarbete i upprättandefasen.

I planerna har alltid aktiviteter och vilka som är ansvariga för dem angivits. Men det är inte alltid som åtgärderna har kunnat genomföras eftersom de inte fungerat. Det har även hänt att de av oklara anledningar inte dokumenterats och i vissa fall inte ens utförts. Från och med år 2012 finns en uppföljningsmall där resultaten av genomförda kontroller ska dokumenteras och därmed säkerställa att de är korrekt utförda. Kontrollerna har inte visat på några brister. Det har emellertid tidigare varit problem med attester och ledighetsansökningar, men det var innan de blev föremål för intern kontroll. De brister som upptäckts har hanterats omgående och rutinerna har därefter rättats till.

Styrelsens intresse har ökat. Trots att den inte är involverad i framtagandet av planen så är den intresserad av resultaten och den får därför årligen en genomgång av genomförda kontroller.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

För att kunna bedöma riskerna bör man också diskutera och presentera dem i en risk- och väsentlighetsanalys. Även här är det av vikt att styrelsen och ledningsgruppen är engagerade. Utan risk- och väsentlighetsanalys blir det komplicerat att bedöma vad som bör kontrolleras, hur mycket som ska kontrolleras och hur ofta det ska ske. Analysen bör alltså göras innan den interna kontrollplanen tas fram.

Om planen ska ge förväntat resultat och därmed säkra det interna arbetet är det en självklarhet att kontrollerna måste göras. Styrelsen har visat intresse för hur arbetet fortgått, vad intern kontroll är och vilket ansvar den har.

#### **3.5.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?**

Planen innehåller främst kontroller riktade mot ekonomi. Med fortsatt utveckling hoppas styrelsen kunna styra mot mer verksamhetsanknutna kontroller, mer anpassade till de mål som tydligt berör Habilitering & Hälsa. För att skapa bredare perspektiv och en starkare koppling till fullmäktiges mål och uppdrag bör styrelsen och ledningsgruppen engageras mer i förarbetet.

### **4 Regionstyrelsen**

#### **4.1 Ett samordnande ansvar**

##### **4.1.1 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?**

Många styrelser och nämnder har arbetat med strukturer för intern styrning och kontroll utan stöd från regionstyrelsen. Interna utbildningar har under åren diskuterats inom vissa grupperingar men det har inte vidareutvecklats. Det finns idag ingen gemensam struktur för hur de ska upprätta sina internkontrollplaner. Regiondirektören har fått regionstyrelsens uppdrag att utveckla strukturen för det regiongemensamma arbetet. Uppdraget är vidaredelegerat till ekonomidirektören och utvecklingsdirektören.

Det projekt som pågår under 2012 drivs av Ernst & Young, under ledning av regionkansliet. Projektet är uppbyggt i tre steg. Först ska befintligt arbete i verksamheten kartläggas. Därefter ska en modell tas fram för hur riskbedömning och arbetet med intern kontroll ska gå till. Till hösten ska en aktivitetsplan för utbildningsinsatser och en plan för att implementera modellen i regionens verksamheter presenteras.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Sedan policyn för intern styrning avskaffades 2005 har det inte funnits någon gemensam dokumentation för intern kontroll. Beslutet innebar att regionstyrelsen släppte delar av sitt samordnande ansvar även om det yttersta ansvaret vilar på respektive nämnd och styrelse. Ägarutskottet har åter lyft frågan och just nu pågår ett projekt med målet att säkersträlla förekomsten av en intern kontroll. Vem som har ansvar för samordningen av intern kontroll är otydligt angivet. Samtidigt är politiken inte insatt i arbetet och inte heller direkt informerad om att projektet pågår. Det är viktigt att implementeringen är brett förankrad. Eftersom intern

kontroll är ett ansvar för alla nämnder och styrelser bör de även tillåtas delta aktivt i processen. Det bör även finnas en koppling mellan den interna kontrollen, fullmäktiges mål och regionens budget samt andra styrande dokument.

Det kan vara till stor hjälp med gemensamma riktlinjer, riskanalysmodell och mallar, trots att det faktiska arbetet måste göras i respektive verksamhet. Varje verksamhet måste var för sig bedöma risk och väsentlighet samt vilka kontrollåtgärder som ger bäst resultat.

## 5 Tio steg i processen

Tabellen nedan är en sammanställning av 10 olika delar processen med intern kontroll. Den visar att verksamheterna har arbetat med intern kontroll olika länge men också att arbetet sker på varierande sätt. Alla är starka inom vissa områden men saknar kraft i andra. Övergripande bilden av tabellen är att verksamheterna är i olika faser och alla har mer kvar att göra.

10 Steg i processen	NU	SU	SkaS	SÅS	H&H
IK-plan är beslutat för 2012	JA	JA	NEJ	JA	JA
IK-plan har funnits minst 2 år	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Innehåller väsentlig information*	JA	JA	JA	JA	JA
Innehåller mer än administration	NJA	JA	NEJ	NEJ	NJA
Flera personer deltar i processen	JA	JA	JA	JA	NJA
Tagit/fått hjälp eller jämfört med andra	JA	JA	JA	NEJ	JA
Risikanalys som grund för IK-plan	NJA	NJA	NEJ	NEJ	NEJ
Styrelsen deltar i processen	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ
Löpande rapportering till styrelsen	JA	JA	JA	JA	JA
Ändamålsenlig IK-plan – RF mål	NEJ	NJA	NEJ	NEJ	NEJ

\* ansvarig, kontrollmoment och frekvens

## 6 Bedömning och rekommendationer

### 6.1 Bedömning av nuläget

Vi bedömer att det arbete som styrelserna för de stora sjukhusen samt Habilitering & Hälsa bedriver för att utveckla och systematisera den interna kontrollen är en god grund, både för det fortsatta arbetet och det uppdrag som regionkansliet fått från regionstyrelsen avseende utarbetandet av ett regiongemensamt regelverk för intern kontroll (2011, § 266).

Vi konstaterar att det finns internkontrollplaner i de styrelser som granskats, men dessa kan utvecklas ytterligare. Internkontrollplanerna bör utgöra grunden för den systematiska styrningen, kontrollen och uppföljningen. Vi konstaterar att befintliga internkontrollplaner huvudsakligen omfattar administrativa och ekonomiska processer och i lägre grad mer verksamhetsnära processer.

Vi konstaterar att det ute i verksamheterna görs en rad kontroller och uppföljningar, vilka i sig utgör delar av intern styrning och kontroll samt att det är väsentligt att dessa integreras i det övergripande arbetet med att upprätta internkontrollplaner.

Vi bedömer att det utvecklingsarbete som påbörjats på regionstyrelsens initiativ borde kunna vara en god grund för en utvecklad gemensam struktur för såväl internkontrollplaner som risk- och väsentlighetsanalyser. Det är dock viktigt att arbetet tidigt förankras i styrelser och nämnder samt i deras ledningsgrupper.

Vi bedömer att regionstyrelsen i högre grad än vad som är fallet i dag bör ta ett övergripande ansvar för att utforma gemensamma strukturer för hur den interna kontrollen ska bedrivas för att säkerställa att kraven i kommunallagens 6 kap. 7 § uppfylls i samtliga nämnder och styrelser.

### ***6.2 Rekommendationer för framtiden***

Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppdra åt regiondirektören att kommunicera med nämnder och styrelser om hur arbetet ska fortsätta avseende utvecklingen av ett gemensamt regelverk för den interna kontrollen. Det skulle underlätta för nämnder och styrelser att själva arbeta vidare utifrån påbörjat arbete utan att försvåra implementeringen av den framtida strukturen.

Vi rekommenderar slutligen berörda styrelser att, tillsammans med sina ledningsgrupper och berörda tjänstemän, utveckla strukturer för den interna kontrollen och diskutera hur arbetet bättre kan integreras i verksamheternas nuvarande ledningssystem.

Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen

Vilhelm Rundquist

Thomas Vilhelmsson



# Ärende 8

Ärende 8



## Tjänsteutlåtande

Datum 2013-01-14

Diarienummer NU 196/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Eva-Lena Egsonius

---

## Granskning av sjukhusens prestationsredovisning

### Brister i rapportering

#### *NU-sjukvården*

De prestationer som felaktigt rapporterades 2010 och som resulterade i att jämförelse av produktivitet mellan åren 2010 och 2011 skilde sig åt internt och externt har under år 2011 rensats bort.

För att undvika att det inte uppstår skillnader i rapporter internt och de rapporter som Regionkansliet distribuerar, använder sig NU-sjukvården endast av utdata som rapporterats i koncernsystemet Controller.

#### *Regionalt*

En regional grupp har bildats med representation från sjukhusen och HSNK i Göteborg. Gruppens funktion har varit att:

- Se över gällande regelverk för månatlig prestationsredovisning samt fastslå eventuella justeringar
- Se över gällande regelverk för sammanvägda prestationer och fastslå eventuella justeringar
- Medverka till att prestationsredovisning sker på ett enhetligt sätt

Arbetet är klart och rapporten kommer att beslutas regionalt i mitten av januari.

Sven Florström  
Ekonomichef



Datum 2012-09-12  
Diarienummer Rev 29-2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom 2012 -09- 27 D nr. 196.10/2012
--

Se sändlista

Handläggare: Ekchet (SF) V Kopia: Sjukhusdir (LH) ✓ Sekr styr (AE) ✓ Utredare (PO) ✓
---

## Granskning av sjukhusens prestationsredovisning

I regionfullmäktiges budget ställs ett generellt effektiviseringskrav på alla styrelser och nämnder. Ett av regionfullmäktiges prioriterade mål är att alla verksamheter ska öka sin produktivitet. I samband med revisorernas årliga granskning avseende sjukhusstyrelserna har det framkommit att olika prestationstal redovisas i de årsredovisningar som förelagts sjukhusstyrelserna och den samlade årsredovisning som förelagts regionfullmäktige. Skillnaderna är relativt stora och påverkar bedömningar av hur produktiviteten utvecklats under 2011.

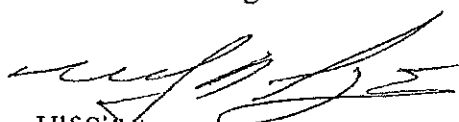
Revisorerna har i en granskning kartlagt sjukhusens prestationsredovisning. Granskningen bekräftar de problem som tidigare identifierats. Oklarheter vad gäller principer för redovisning av prestationer, frånvaron av en gemensam standard och ålderstigna principer för sammanvägning av olika prestationsslag har med största sannolikhet inneburit att felaktiga bedömningar gjorts av sjukhusens produktivitetsutveckling under senare år. Sammanvägningen av prestationer i slutenvård respektive öppenvård, där slutenvårdsprestationer gynnas, kan också ge felaktiga incitament som påverkar vårdens utveckling och effektivitet negativt. Beskrivning och analys av sjukhusens produktivitetsutveckling i regionens årsredovisningar kan utvecklas.

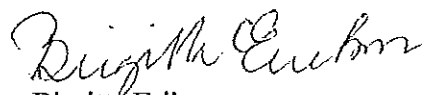
Revisorernas rekommendation till Regionstyrelsen är att

- skyndsamt, och senast till 2013 års rapportering, tillse att det inte förekommer differenser mellan sjukhusens och regionkansliets prestationstal i de rapporter som föreläggs styrelser.
- klargöra målbilden avseende uppföljning, analys och rapportering av vårdprestationer i syfte att bättre bedöma enskilda sjukhus produktivitetsutveckling, effektivitet och ändamålsenlighet.
- tydliggöra regionkansliets ansvar kring prestationsredovisning och ansvar beträffande principer, riktlinjer och anvisningar för redovisningen.

Regionstyrelsen och sjukhusstyrelser uppmanas även beakta vad som i övrigt framkommit i rapporten. Revisorskollegiet emotser svar från Regionstyrelsen inom sex månader från att rapporten expedierats.

För revisorskollegiet

  
Ulf Sjösten  
Ordförande

  
Birgitta Eriksson  
Vice ordförande

Datum 2012-09-12

Diarienummer Rev 29-2012

---

**Expedieras till**  
Regionstyrelsen  
Sjukhusstyrelser för kännedom

**Kopia till**  
Regionfullmäktiges presidium  
Samtliga politiska sekreterare  
Leif Andersson, Regionkansliet  
Hans Ekman, central ekonomiavdelning

# Granskning av sjukhusens prestationsredovisning i Västra Götalandsregionen

Dnr: Rev 29-2012

Genomförd av: Revisionsenheten  
Kari Aartojärvi  
Tommy Sonestedt  
Thomas Vilhelmsson

Behandlad av Revisorskollegiet den 12 september 2012

## Innehåll

1. Sammanfattning .....	3
1.1 Bakgrund och syfte.....	3
1.2 Iakttagelser och bedömningar .....	3
1.3 Rekommendationer .....	4
2. Inledning .....	5
2.1 Bakgrund .....	5
2.2 Syfte och revisionsfrågor.....	5
2.3 Omfattning och avgränsning .....	5
2.4 Ansvariga nämnder/styrelser .....	6
2.5 Revisionskriterier.....	6
2.6 Metod .....	6
3. Styrande dokument och beslut.....	7
3.1 Regionfullmäktiges prioriterade mål om ökad produktivitet.....	7
3.2 Regionkansliets anvisningar för prestationsredovisning.....	7
4. Resultat av granskningen .....	8
4.1 Vilka differenser finns mellan redovisade prestationstal i förvaltningarnas årsredovisningar och prestationstal i den årsredovisning som föreläggs regionfullmäktige avseende år 2011? .....	8
4.2 Hur påverkar redovisade prestationstal bedömningen av produktivitetsutvecklingen och hur redovisas och analyseras sjukhusens produktivitetsutveckling i redovisning till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige? .....	9
4.3 Vad är orsaken till att differenser uppkommer? .....	10
4.4 Vilka konsekvenser får det om olika/felaktiga prestationstal redovisas till den egna styrelsen respektive regionstyrelse/regionfullmäktige? .....	16
5 Sammanfattande bedömning och rekommendationer.....	17

## 1. Sammanfattning

### 1.1 Bakgrund och syfte

I regionfullmäktiges budget för 2011 ställs ett generellt effektiviseringskrav på alla styrelser och nämnder på 1 procent. Ett av regionfullmäktiges prioriterade mål är att "alla verksamheter ska öka sin produktivitet". I samband med revisorernas årliga granskning avseende sjukhusstyrelserna har det framkommit att det finns skillnader i prestationsredovisning mellan de årsredovisningar som förelagts styrelserna och den samlade årsredovisning som förelagts regionfullmäktige. Skillnaderna är relativt stora och påverkar bedömningar av hur produktiviteten utvecklats under 2011. Problem med prestationsredovisningen noteras också i delårsrapporten per mars 2012.

Utifrån vad som framkommit vid 2011 års granskningar bedömer revisorerna att det finns en risk för att regionfullmäktige inte ges en rättvisande bild av sjukhusens prestations- och produktivitet utveckling.

Granskningen syftar till att belysa sjukhusens prestationsredovisning och identifiera vilka skillnader som finns mellan sjukhusens interna redovisning och regionkansliets samlade redovisning samt orsakerna till skillnaderna. Utifrån prestationsredovisningen granskas också vilka konsekvenser den får på bedömningar av sjukhusens produktivitet utveckling.

### 1.2 Iakttagelser och bedömningar

Granskningen visar att det finns differenser avseende redovisningen av prestationer i olika forum och i olika dokument, som innebär att beslutsfattare får felaktiga beslutsunderlag. Även om differenserna i några fall är stora så bedöms problemen dock inte vara större än att de borde kunna lösas genom att regionkansliet och sjukhusen tillsammans tar fram gemensamma och accepterade principer för sjukhusens prestationsredovisning. Ökad tydlighet behövs beträffande vad som ska redovisas, hur det ska redovisas och varför det ska redovisas. Frågan behöver också lyftas för diskussion på en strategisk nivå.

Granskningen visar också att differenserna i betydande grad påverkar bedömningen av enskilda sjukhus produktivitet utveckling liksom den samlade produktivitet utvecklingen för sjukhusvården. Oklarheter vad gäller principerna för redovisning av prestationer och "åldersstigna" principer för sammanvägning av olika prestationsslag har med största sannolikhet inneburit att felaktiga bedömningar gjorts av sjukhusens produktivitet utveckling under senare år. Sammanvägningen mellan slutenvård och öppenvård kan också ge felaktiga incitament som påverkar vårdens utveckling och effektivitet negativt. Beskrivning och analys av sjukhusens produktivitet utveckling i regionens årsredovisningar kan utvecklas.

Revisionen ser positivt på att initiativ nu tagits för att komma tillrätta med problemen i och med att den s.k. RAKEL-gruppen fått ett uppdrag att se över regelverk och principer och att medverka till att redovisning sker på ett likartat sätt.

Granskningen visar vidare att nuvarande rutiner för prestationsredovisning med relativt enkla medel kan utvecklas, vilket skulle eliminera differenserna mellan olika prestationstal i olika rapporter. Det kan innebära nackdelen av något längre ledtider vid rapportering, men fördelen av samstämmig information med hög kvalitet torde väga

tyngre. Det behövs också en funktion inom regionkansliet, som i nära samverkan med sjukhusen, löpande bevakar sjukhusens prestationsredovisning för att säkerställa att en likformig redovisning sker mellan sjukhusen och över tid. I ansvaret kan också ingå att jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård respektive öppenvård, andel "kortliggare" i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

### 1.3 Rekommendationer

Vi rekommenderar att följande åtgärder vidtas:

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör skyndsamt, och senast till 2013 års rapportering, tillse att det inte förekommer differenser mellan sjukhusens och regionkansliets prestationstal i de rapporter som framläggs styrelser, genom att RAKEL-gruppen får stöd och nödvändiga resurser för att fullgöra uppdraget att se över regelverket för redovisningen samt principerna för sammanvägning av prestationer.
- Rekommendation: Regionstyrelsen bör på strategisk nivå klargöra målbilden kring prestationsredovisning, dvs vad den ska användas till, hur uppföljning, analys och rapportering av vårdprestationer ska ske samt hur prestationsmått kan användas vid bedömning av enskilda sjukhus produktivitet, utveckling, effektivitet och ändamålsenlighet.
- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tydliggöra regionkansliets ansvar kring prestationsrapporteringen och ansvar beträffande principer, riktlinjer och anvisningar för redovisningen. Ansvarig funktion/enhet på regionkansliet bör ges i uppdrag att utveckla prestationsredovisningen tillsammans med sjukhusen i syfte att klargöra:
  - Vad som ska räknas som en prestation och redovisas av sjukhusen samt hur olika prestationsslag kan sammanvägas till ett prestationsmått. Det innebär bl a att ta ställning till hantering av eventuella jämförelsestörande poster i sjukhusens redovisning av prestationer. Prestationsredovisningen och sammanvägningen av prestationer bör i möjligaste mån spegla den resursförbrukning ett sjukhus har och också spegla den vårdutveckling som sker mot mer öppna vårdformer. Huruvida konstruktionen av ett prestationsredovisningssystem kan ge incitament för effektivisering av vården bör övervägas i arbetet.
  - Hur redovisningen ska ske för att säkerställa att differenser mellan olika prestationstal inte uppkommer.
  - När prestationsredovisningen från sjukhusen ska lämnas till regionkansliet för att säkerställa tillräckligt hög datakvalitet.
- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tillse att en ansvarig funktion/enhet inom Regionkansliet löpande bevakar sjukhusens prestationsredovisning för att säkerställa att en likformig redovisning sker mellan sjukhusen och över tid. I ansvaret kan också ingå att jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård respektive öppenvård, andel "kortliggare" i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

I regionfullmäktiges budget för 2011 ställs ett generellt effektiviseringskrav på alla styrelser och nämnder på 1 procent. Ett av regionfullmäktiges prioriterade mål är att "alla verksamheter ska öka sin produktivitet". I samband med revisorernas årliga granskning avseende sjukhusstyrelserna har det framkommit att det finns skillnader i prestationsredovisning mellan de årsredovisningar som förelagts styrelserna och den samlade årsredovisning som förelagts regionfullmäktige. Skillnaderna är relativt stora och påverkar bedömningar av hur produktiviteten utvecklats under 2011. Problem med prestationsredovisningen noteras också i delårsrapporten per mars 2012.

En av revisorernas grunduppdrag är att pröva om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Resursförbrukning ställt i förhållande till verksamhetens omfattning och kvalitet är avgörande för att kunna värdera om nämnder har en god ekonomisk hushållning. För att kunna mäta produktivitetsutvecklingen måste ekonomisk redovisning och prestationsredovisning vara rättvisande och likartad mellan åren. En rättvisande prestationsredovisning ger möjlighet att granska ändamålsenligheten i resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården.

Utifrån vad som framkommit vid 2011 års granskningar bedömer revisorerna att det finns en risk för att regionfullmäktige inte ges en rättvisande bild av sjukhusens prestations- och produktivitetsutveckling.

### 2.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att belysa sjukhusens prestationsredovisning och identifiera vilka skillnader som finns mellan sjukhusens interna redovisning och regionkansliets samlade redovisning samt orsakerna till skillnaderna. Utifrån prestationsredovisningen granskas också vilka konsekvenser den får på bedömningar av sjukhusens produktivitetsutveckling.

Följande revisionsfrågor ska besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- Vilka anvisningar och riktlinjer finns för redovisning av prestationer?
- Vilka differenser finns mellan redovisade prestationstal i förvaltningarnas årsredovisningar och prestationstal i den årsredovisning som föreläggs regionfullmäktige avseende år 2011?
- Hur påverkar redovisade prestationstal bedömningen av produktivitetsutvecklingen?
- Hur redovisas och analyseras sjukhusens produktivitetsutveckling i redovisning till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?
- Vad är orsaken till att differenser uppkommer?
- Vilka konsekvenser får det om olika/felaktiga prestationstal redovisas till den egna styrelsen respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?

### 2.3 Omfattning och avgränsning

Granskningen omfattar följande sjukhus:

- Sahlgrenska universitetssjukhuset

- NU-sjukvården
- Skaraborgs sjukhus
- Kungälv's sjukhus

Prestationsredovisningen granskas utifrån de fastställda övergripande prestationsmätt som använts under en längre period på regionens sjukhus. DRG-poäng, vårdtillfällen inom psykiatri samt besök i öppenvården vägs ihop till ett prestationsmätt, sammanvägda prestationer. Granskningen avgränsas till att studera redovisningen av sammanvägda prestationer i de fyra sjukhusens årsredovisningar för 2011 samt i den årsredovisning som förelagts regionfullmäktige avseende 2011.

#### ***2.4 Ansvariga nämnder/styrelser***

Granskningen omfattar regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna för Sahlgrenska universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus och Kungälv's sjukhus.

#### ***2.5 Revisionskriterier***

Som revisionskriterier i denna granskning används:

- Kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning
- Regionfullmäktiges mål
- Västra Götalandsregionens budget 2011
- Regionstyrelsens anvisningar för rapportering av prestationer
- Sjukhusens egna anvisningar för rapportering av prestationer

#### ***2.6 Metod***

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med representanter för de fyra sjukhus som omfattas av granskningen. Därutöver har representanter för ekonomiavdelningen och hälso- och sjukvårdsavdelningen på regionkansliet intervjuats liksom systemadministratör för IT-systemet Freja.

### 3. Styrande dokument och beslut

#### *3.1 Regionfullmäktiges prioriterade mål om ökad produktivitet*

I budget för 2011 anger regionfullmäktige ett antal prioriterade mål för verksamhetsåret. Ett av dessa mål är att "Alla verksamheter ska öka sin produktivitet". I budgeten 2011 är därför ett generellt effektiviseringskrav på en procent som riktar sig mot utförarna inarbetad. Regionstyrelsen ges i uppdrag att ta fram anvisningar för hur prioriterade mål i budgeten ska följas upp och på ett enhetligt sätt mätas och redovisas. I detaljbudget för 2011 anges att målet om ökad produktivitet ska redovisas i årsredovisningen för 2011.

I budget 2012 finns en liknande målformulering: "Alla verksamheter ska öka sin produktivitet och effektivitet". I detaljbudget 2012 anges att "Alla verksamheter behöver arbeta med detta mål för att öka sin produktion mer än vad kostnaderna ökar".

I planeringsdirektiven för 2011 resp. 2012 framgår styrtalet och måltal som visar hur de prioriterade målen kommer att mätas på regional nivå. För målet avseende ökad produktivitet är styrtalet: "Bruttokostnad per sammanvägd prestation".

#### *3.2 Regionkansliets anvisningar för prestationsredovisning*

Regionkansliet utfärdar varje år anvisningar för vad nämnder och styrelser ska rapportera till regionstyrelse/regionfullmäktige samt hur rapporteringen ska gå till. Det finns dels en mer teknisk anvisning rörande sjukhusens rapportering av prestationer i koncernredovisningssystemet Cognos Controller, dels en anvisning för vad sjukhusen ska analysera.

I anvisningarna anges att prestationsrapporteringen ska spegla den faktiska resursförbrukningen för den inomregionala respektive den utomregionala vården och - förutsatt oförändrad verksamhetsstruktur - vara jämförbar över åren. Det innebär att alla prestationer oavsett hur ersättning sker ska specificeras och rapporteras, det vill säga även planeringstal (prestationer) för riktade uppdrag och abonnemang där så är möjligt.

I anvisningen anges också att jämförelser och analyser i styrelsernas rapportering ska baseras på inrapporterade prestationer i Controller. Rapportering ska ske enligt de prestationsmått som anges i rapporteringsblanketter i Controller samt utifrån regionalt beslutade definitioner och de regionala regelverk som redovisas på regionens hemsida.

För 2011 gällde att sjukhusen i samband med delårsrapporterna i mars och augusti, oktoberrapporten och årsredovisningen skulle redovisa nyckeltal i form av sammanvägda prestationer. Principerna för viktning av olika prestationsslag togs fram 2006 och de vikter som gäller är följande:

1 DRG-poäng = 0,37 vårdtillfällen inom psykiatri = 20,63 öppenvårdsbesök

Viktningen har inte förändrats sedan 2006. Det är endast marginella förändringar i anvisningarna för 2012 jämfört med 2011.

## 4. Resultat av granskningen

### 4.1 Vilka differenser finns mellan redovisade prestationstal i förvaltningarnas årsredovisningar och prestationstal i den årsredovisning som föreläggs regionfullmäktige avseende år 2011?

#### 4.1.1 Beskrivning

Vid en jämförelse mellan rapporterade prestationstal i sjukhusens årsredovisningar och de av regionkansliet rapporterade prestationstalen i Västra Götalandsregionens årsredovisning för 2011 framkommer differenser mellan uppgifterna. I regionens årsredovisning anges inga detaljerade prestationstal för respektive sjukhus utan istället visas i ett diagram förändringen i sammanvägda prestationer mellan 2010 och 2011 för de olika sjukhusen. Följande tabell visar sjukhusens respektive regionkansliets uppgifter.

Sjukhus	SJUKHUSEN	REGIONKANSLIET	Differens procentenheter
	Förändring procent	Förändring procent	
Sahlgrenska universitetssjukhuset	0,9%	-1,8%	2,7%
NU-sjukvården	2,9%	0,2%	2,7%
Södra Älvsborgs sjukhus	3,3%	3,3%	0,0%
Skaraborgs sjukhus	2,7%	1,6%	1,1%
Kungälv sjukhus	3,7%	3,7%	0,0%
Alingsås lasarett	-3,0%	-3,0%	0,0%
Frölunda närsjukhus	-0,9%	-1,9%	1,0%
Angereds närsjukhus	10,0%	10,0%	0,0%
<b>Totalt</b>	<b>1,8%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,9%</b>

Källa: Sjukhusens årsredovisningar 2011 resp VGR:s årsredovisning 2011

Tabellen visar att 4 av 8 sjukhus har en sifferdifferens. I samtliga fall redovisar dessa sjukhus en mer positiv utveckling av antalet prestationer än vad regionkansliet gör. Till exempel redovisar Sahlgrenska en ökning av sammanvägda prestationer med 0,9% medan regionkansliet rapporterar att sjukhusets prestationer minskat med 1,8%. Det är en differens i bedömning på 2,7%. Samma differens finns avseende NU-sjukvårdens prestationer.

För den samlade sjukhusvården bedömer regionkansliet att de sammanvägda prestationerna minskat något, med 0,1%. Sjukhusens egna bedömningar visar att prestationerna ökat med 1,8% totalt. Representanter för sjukhusen anser att de prestationsuppgifter som sjukhusen rapporterar i sina årsredovisningar är de riktiga. Regionkansliets uppgifter bygger på inrapportering från sjukhusen och det är sjukhusen som enligt anvisningarna har ansvar för att rätt prestationstal inrapporteras och kommenteras i textrapporterna.

#### 4.1.2 Iakttagelser och kommentarer

Differenserna mellan sjukhusens och regionkansliets uppgifter är stora. För en samlad bedömning av sjukhusens vårdproduktion uppgår skillnaden till i det närmaste 2 procentenheter, vilket också är en hög siffra, motsvarande ca 8.000 DRG-poäng.

Den bild av vårdproduktionens utveckling som ges till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige är därför i någon del felaktig. Antingen får sjukhusstyrelserna eller regionstyrelse/regionfullmäktige en felaktig redovisning.

I granskningen framkommer att sjukhusen anser att den redovisning som ges till sjukhusstyrelserna är rätt, medan regionkansliets ekonomiavdelning anser att det är redovisningen till regionstyrelse/regionfullmäktige som är rätt eftersom uppgifterna är inrapporterade av sjukhusen i regionens koncernredovisningssystem och det finns tydliga anvisningar för inrapporteringen. Noteras bör att regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning i sitt analysarbete använder prestationsdata från den regionala vårddatabasen med en månads eftersläpning för att uppgifterna ska vara så korrekta som möjligt.

#### ***4.2 Hur påverkar redovisade prestationstal bedömningen av produktivitetens utvecklingen och hur redovisas och analyseras sjukhusens produktivitetens utveckling i redovisning till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?***

##### **4.2.1 Beskrivning**

Sjukhusen gör produktivitetsbedömningar i varierande grad. Sahlgrenska universitetssjukhuset har gjort en mer detaljerad bedömning av produktivitetens utvecklingen. Man anger i sin årsredovisning att ” under 2011 förbättrades produktiviteten med 0,9 % mätt i kostnad per sammanvägd vårdprestation, och i enlighet med anvisad beräkningsmodell. Produktivitetens ökning förklaras av en ökning av de sammanvägda vårdprestationerna med 0,9 % samtidigt som kostnaderna i fasta priser var oförändrade”.

Även Kungälv's sjukhus gör en detaljerad beräkning: ” De sammanvägda prestationerna har ökat med cirka 3,7 procent och bruttokostnaden med 6,4 procent. När vi, vid omräkning av bruttokostnaden till fasta priser, tar hänsyn till löne- och prisutvecklingen bedöms produktiviteten vara svagt vikande”. NU-sjukvården gör i årsredovisningen en mer allmän beskrivning: ”Produktiviteten mätt som kostnad per sammanvägd produktionspoäng har försämrats jämfört med föregående år”. Man mäter dock varje enskild verksamhets produktivitetens utveckling mer i detalj. Skaraborgs sjukhus har ett annat sätt att mäta produktivitet och anger: ”Under året har produktiviteten följts genom måttet sammanvägd prestation per nettoårsarbetare. Produktivitetsförbättringen jämfört med år 2010 uppgick till 0,6 procent”.

Trots varierande grad av precision i beräkningen och skillnader i beräkningssätt kan vi notera att måttet ”sammanvägd prestation” är centralt i beräkningarna. I regionens årsredovisning 2011 görs ingen bedömning av produktivitetens utvecklingen trots att det under 2011 var ett av regionfullmäktiges prioriterade mål.

Flera av sjukhusen anger att intresse finns att utveckla metoder för bedömning av produktivitet, men man anser att det saknas en samordning från regioncentralt håll. Enskilda sjukhus egna bedömningar av sin produktivitetens utveckling upplevs vara av begränsat intresse om man inte kan jämföra med andra sjukhus. Sjukhusstyrelserna uppges inte heller ha främsta fokus på just produktivitet utan mer på kvalitet och tillgänglighet.

Några av sjukhusen anger att de principer som gäller för prestationsredovisning ger felaktiga resultat avseende sjukhusens produktivitet utveckling. Framförallt är det viktningen av öppenvård kontra slutenvård i måttet "sammanvägda prestationer" som anses missgynna öppenvård. I regionens viktning anges att 20,63 besök motsvarar 1 DRG-poäng. Denna viktning infördes 2006 och har inte ändrats sedan dess. Med ökad poliklinisering av vården och med mer vårdtunga patienter i öppenvården anser sjukhusen att viktningen inte längre är relevant. Detsamma gäller viktningen av psykiatri där 0,37 vårdtillfällen likställs med en DRG-poäng.

#### **4.2.2 Iakttagelser och kommentarer**

Differenserna avseende prestationstal för Sahlgrenska och NU-sjukvården får anses som så stora att de på ett avgörande sätt påverkar bedömningen av dessa två sjukhus produktivitet utveckling 2011 (om en bedömning skulle baseras på dessa siffror).

Eftersom regionkansliets uppgifter avseende antalet sammanvägda prestationer avviker från sjukhusens finns skäl att anta att om en produktivitet bedömning hade gjorts i regionens årsredovisning så hade den kommit fram till ett annat resultat än vad sjukhusen kommer fram till.

Principerna för prestationsredovisning och sammanvägning av prestationer riskerar att ge felaktiga incitament. Om ett sjukhus vill visa en god produktivitet utveckling lönar det sig att satsa på slutenvård. Sjukhusen har, som ett led i arbetet med effektivisering av vården, ambitioner att överföra fler patienter från slutenvård till öppenvård. Med en större andel patienter i öppenvård riskerar antalet sammanvägda prestationer att minska. Det ser ut som produktivitet därmed minskar trots att sjukhusens effektivitet kanske snarare ökar. Inom öppenvården finns ambitioner att minska antalet besök och där det är möjligt öka antalet telefonkonsultationer. Eftersom dessa inte räknas med i prestationsredovisningen minskar därmed antalet prestationer (och produktivitet). Även teambesök inom psykiatri missgynnas.

Principerna för prestationsredovisningen har inte förändrats nämnvärt under de senaste sex-sju åren. Det finns goda skäl för ett samlat prestationsmått såsom "sammanvägda prestationer", men den viktning som används mellan olika prestationsslag behöver utvecklas och förfinas. Viktningen bör följa vårdutvecklingen och vara nära kopplad till faktisk resursförbrukning för olika typer av prestationer och bör av sjukhusen upplevas som relevant och rättvisande.

För att öka incitamenten till effektivisering av vården skulle viktningen kunna gynna, ur effektivitetssynpunkt, önskvärda prestationer (framförallt öppenvård). Slutensomatisk vård är via DRG-systemet relativt "rättvist" i och med att det tar hänsyn till vårdtyngd m.m. Även öppenvårdsprestationerna bör kunna grupperas i ett antal grupper och därmed specificeras mer detaljerat utan alltför mycket arbete. En sådan mer utvecklad sammanvägning av prestationer skulle ge en mer rättvisande bild av sjukhusens produktivitet utveckling. En årlig översyn av principerna och viktningen behöver dessutom ske.

### **4.3 Vad är orsaken till att differenser uppkommer?**

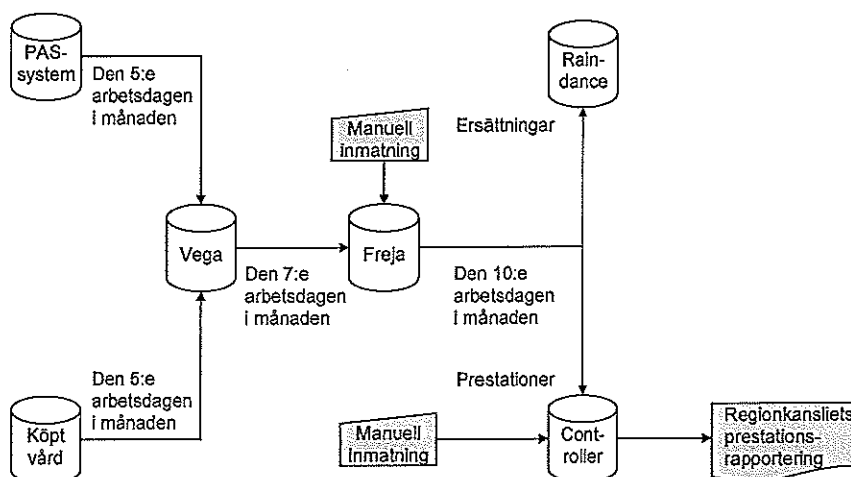
#### **4.3.1 Beskrivning**

Det finns ett flertal orsaker till att differenser uppkommer i prestationsredovisningen.

#### 4.3.1.1 Komplexa rutiner för prestationsredovisning

Regionens rapporteringsrutiner är komplexa. Bilden nedan visar hur uppgifter förädlas i redovisningsprocessen.

### Informationsflöde



Grunddata avseende sjukhusens prestationsredovisning finns i de vårddatasystem som sjukhusen använder. En samordning har här skett så att samtliga sjukhus idag använder IT-systemet ELVIS/SURF. Införandet av ELVIS/SURF medförde en del problem vad gäller prestationsredovisning, vilket till stor del förklarar differenser i prestationstal för bland annat NU-sjukvården. Problemen beskrevs i sjukhusets årsredovisning.

Från ELVIS/SURF laddas data till det regionala vårddatasystemet Vega och därifrån till "betalningssystemet" Freja. Vega är framförallt hälso- och sjukvårdsavdelningens och hälso- och sjukvårdsnämndernas vårddatasystem. Syftet med Freja är främst att se till att rätt hälso- och sjukvårdsnämnd betalar för varje utförd prestation vid sjukhusen.

I Freja kan sjukhusen göra manuella justeringar avseende t.ex. bedömda patienter, dvs. vårdtillfällen som ännu inte hunnit diagnossättas. Därefter finns möjlighet att automatiskt överföra prestationsuppgifter från Freja till Cognos Controller som är regionens koncernredovisningssystem. Den "prestationsrapport" som finns i Freja byggdes med syftet att koppla prestationer med ersättningar.

Det finns möjligheter att göra justeringar av inrapporterade uppgifter i Cognos Controller. Om sjukhusen så önskar kan hela inrapporteringen i Cognos Controller ske manuellt. De prestationer som redovisas i Cognos Controller använder regionkansliet i sin rapportering till regionstyrelse/regionfullmäktige. Ledtiderna i rapporteringskedjan är relativt korta. Om fel uppstår i något led är tiden kort för att göra rättelser.

Vad gäller sjukhusens textrapporter till den egna styrelsen och till regionkansliet har man mer tid (räknat från månadsskiftet till sista dag för inlämning av rapport). För

årsredovisning 2011 var sista inlämningsdag till regionkansliet den 3 februari 2012. Med tid för sjukhusens styrelsebehandling av årsredovisningarna innebär tidplanen att sjukhusen hade ca tre veckor på sig att analysera 2011 års vårddata i syfte att redovisa så riktiga uppgifter som möjligt. Sjukhusen hinna få fram mer aktuella, och enligt sjukhusen mer rättvisande, prestationsuppgifter till textrapporten. Därför uppkommer en differens gentemot de uppgifter som lämnats via Cognos Controller.

#### **4.3.1.2 Oklarheter i definitioner av prestationer och bristande följsamhet till fastställda definitioner**

Socialstyrelsen har ansvar för att, på nationell nivå, skapa enhetliga termer och begrepp. I vissa delar saknas tydliga definitioner på olika typer av prestationer. Det saknas bland annat en fastslagen nationell definition som tydligt anger vad som räknas som slutenvård. Regionen har inte tagit fram en egen definition. Orsaken till det är att regionen, liksom flertalet andra sjukvårdshuvudmän, anser att det är att föredra att ha nationellt enhetliga och tydliga definitioner istället för att dessa ska variera inom riket. Därför har regionen hittills valt att försöka påverka socialstyrelsens arbete, snarare än att ta fram egna regionala definitioner. Avsaknaden av en tydlig definition på slutenvård får till följd att patienter med relativt korta vårdtider (eller snarare långa besök), kan bli inskrivna och i statistiken ingå i antalet vårdtillfällen i slutenvården vid ett sjukhus, medan liknande patienter registreras i öppenvård på ett annat sjukhus.

Antalet redovisade prestationer inom öppenvården varierar kraftigt mellan sjukhusen. Eftersom socialstyrelsens definitioner är tydliga så tycks orsaken till skillnaderna vara bristande följsamhet till fastställda definitioner.

#### **4.3.1.3 Oklarheter i vad som ska redovisas**

I anvisningarna för prestationsredovisning inom hälso- och sjukvården anges att alla prestationer ska specificeras och rapporteras, oavsett hur ersättning sker. Detta förtydligas med att även planeringstal (prestationer) för riktade uppdrag och abonnemang ska ingå, där så är möjligt. Sjukhusen utgår i sin redovisning trots det ofta ifrån de s.k. prissatta prestationerna, dvs de prestationer som är definierade i ersättningsbilaga till vårdöverenskommelser (VÖK). Detta är en tydlig signal om att anvisningen inte anger vad som ska redovisas tillräckligt tydligt.

Flera av sjukhusen anser att det finns stor risk för att olikheter i innehåll i VÖK:s ersättningsbilagor innebär att sjukhusens prestationsredovisning skiljer sig åt. Vid intervjuerna har framkommit vid flera tillfällen en "misstänksamhet" hos enskilda sjukhus över andra sjukhus rapportering. Som exempel nämns den stora skillnaden i antal öppenvårdsbesök mellan NU-sjukvården, SkaS och SÄS. Det är stora skillnader beträffande de "ej prissatta prestationerna" mellan sjukhusen.

Stora mängder med prestationer rapporteras inte alls. Det gäller bl a telefonkonsultationer och mellanliggande lab.prover samt annan medicinsk diagnostik. Flera av sjukhusen anser att även dessa prestationer borde ingå i redovisningen.

#### **4.3.1.4 Oklarheter i hur prestationsredovisning ska ske**

Regionkansliet utfärdar anvisningar för förvaltningarnas delårs- och månadsrapportering samt anvisningar för rapportering i samband med årsredovisningen. Anvisningarna innehåller också avsnitt som rör prestationsredovisning. Flera av sjukhusen uppfattar anvisningarna som otydliga. De anses ge ett relativt stort utrymme

för fri tolkning. I praktiken innebär det att sjukhusen jämför sig med varandra och anpassar emellanåt sin prestationsredovisning efter andra sjukhus rapporteringsprinciper. Ett exempel på det är när NU-sjukvården 2012 börjar redovisa patienter som ligger på korttidsvårdplatser/observationsplatser som slutenvård, på samma sätt som övriga sjukhus gjort under 2011.

Det saknas strategiska forum för diskussion om gemensamma principer för prestationsredovisning. Mer praktiska diskussioner förs bl. a i Freja-gruppen (Freja är ett IT-system, som beskrivits ovan). I intervjuerna framkommer att de principer som idag tillämpas för prestationsredovisning och för sammanvägning av prestationer till ett övergripande prestationsmått inte är accepterade av sjukhusen.

De problem som identifierats kring prestationsredovisning är väl kända på regionkansliet, men har ändå inte mer genomgripande diskuterats i t.ex. hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp. Sjukhusen tycks inte ha full insikt i problematiken avseende differenser mellan rapporterade prestationstal i olika dokument. Sjukhusens fokus ligger framförallt på rapportering till den egna styrelsen.

Initiativ har dock tagits för att komma till rätta med de ovan beskrivna problemen. Regiondirektören har i maj 2012 gett HSA och RAKEL-gruppen i uppdrag att:

- Ta fram och fastställa regelverk för månatlig prestationsredovisning från regionalt ägda utförare inom hälso- och sjukvård
- Se över gällande regelverk för sammanvägning av prestationer samt föreslå och fastställa eventuella justeringar
- Medverka till att prestationsredovisningen sker på ett enhetligt sätt

**4.3.1.5 Viss otydlighet kring vad prestationsredovisningen ska användas till**  
Sjukhusens prestationer har av tradition redovisats i en ambition att klargöra vad som åstadkoms för de skattemedel som finansierar verksamheten. Prestationsredovisningens struktur och innehåll har förändrats under de senaste 20 åren. Utvecklingen har gått från en relativt enkel modell med redovisning av antal vårdtillfällen, vård dagar, läkarbesök och övriga öppenvårdsbesök till en mer komplex modell.

I och med att beslut fattades om att använda DRG som beskrivningssystem för sjukhusvården har framförallt redovisningen av slutenvård blivit mer avancerad där hänsyn tas till vårdtillfallens komplexitet och kostnad. Även delar av öppenvårdsredovisningen är mer specificerad, men huvuddelen är fortfarande baserad på "pinnstatistik" (antal läkarbesök och antal övriga besök). Vårdproduktionens storlek är en viktig del i vårdöverenskommelserna mellan hälso- och sjukvårdens beställare och utförare.

Under de senaste 10 åren har prestationsredovisningen också använts i försök att bedöma de olika sjukhusens produktivitet utveckling. Med tanke på de brister i prestationsredovisningens kvalitet och likformighet som redovisas ovan är produktivetsbedömningarna relativt översiktliga och ger i bästa fall indikationer på utvecklingstrender.

På respektive sjukhus görs betydligt mer detaljerade uppföljningar och analyser av prestationsutvecklingen. Metoder och modeller för uppföljning och analys är

”sjukhus specifika” så tillvida att de har utvecklats på respektive sjukhus utan någon större samverkan och dialog mellan sjukhusen.

I de 12 uppdrag som regionstyrelsen har initierat i syfte att få hälso- och sjukvårdens verksamheter i ekonomisk balans har några av uppdragen en tydlig ambition att åstadkomma mer utvecklade modeller för analys av verksamhetens effektivitet/ produktivitet. Bl a finns ett uppdrag kring utveckling av metoder för benchmarking. Arbetsgruppen har tagit fram förslag på nyckeltal som bör tillämpas för att jämföra sjukhusens utveckling.

Under senare år har några stora förändringar genomförts i de beskrivningssystem som används, vilket påverkat utfallet i prestationsredovisningen och tidvis inneburit problem med jämförelser över tid. Orsaken till förändringarna är som regel ambitionen att bättre beskriva sjukvårdens insatser eller nationella krav på likartad redovisning i landet. Oavsett orsak så innebär strukturella förändringar av hur prestationer redovisas alltid någon form av problem att jämföra bakåt i tiden. Detta har förorsakat stora problem under de senaste åren och inte minst 2012 när flera förändringar i beräkningen av viktlistan för slutenvård sammanföll. Problemen hade kunnat motverkas, helt eller delvis, genom en samtidig översyn och justering av regelverket för prestationsredovisningen.

Som beskrivits ovan har RAKEL-gruppen ett uppdrag från regiondirektören att tydliggöra definitioner och regler i syfte att få till stånd en enhetlig redovisning av prestationer. På strategisk nivå tycks inte finnas en diskussion om mål med prestationsredovisningen.

#### **4.3.2 Iakttagelser och kommentarer**

Rapporteringsrutinerna är med hänsyn till en snäv tidplan komplexa. Prestationsredovisning och -rapportering sker via flera olika kanaler vilket ökar risken för fel av olika slag. Anvisningarna för prestationsredovisningen har en ambition att styra upp redovisningen, men behöver utvecklas. Regionkansliet behöver också utveckla dialogen med sjukhusen om vad som ska rapporteras, hur det ska rapporteras och varför det är viktigt att rapporteringen blir rätt, utan differenser mellan olika rapporter internt inom sjukhusen och till regionen.

Kvaliteten i grunddata är beroende av goda rutiner och god kompetens för diagnosättning samt rimlig tid för att kunna åstadkomma en rättvisande redovisning. Eventuella brister i rutiner/kompetens för diagnosättning och eventuell eftersläpning i diagnosregistering gör att fel i grunddata kan uppkomma. Ett visst mått av fel är ofrånkomligt om regionen har en ambition att redovisa någotsånär aktuella prestationsdata. De patienter som inte hunnit få en diagnos kan ändå bedömas utifrån tidigare erfarenhet och därmed komma med i prestationsrapporteringen så att en rättvisande bild av prestationsvolymerna kan ges. Detta under förutsättning att antalet bedömda patienter inte är för stort. Felen kan förstoras om ledtiderna för prestationsredovisning är så korta att sjukhusen tvingas göra bedömningar för stora volymer patienter. Vår granskning visar att det finns risk för att de korta ledtiderna i rapporteringen innebär en hög grad av bedömning. Dessutom måste ett flertal rättelser av grunddata göras i syfte att försöka redovisa så rättvisande uppgifter som möjligt.

Revisionen har inte funnit skäl att anmärka på de IT-rutiner som används vid prestationsredovisningen. Även om de är komplexa så finns goda förutsättningar för att de ska kunna vara ändamålsenliga. Tidplanen för respektive system bör dock ses över. Korta ledtider i syfte att få fram snabb information riskerar att gå ut över datakvalitet och resultera i felaktiga analyser av verksamhetens utveckling. Granskningen visar att det kanske främsta skälet till differenser mellan olika prestationstal är kombinationen av komplexa rutiner och en snäv tidplan.

Med tanke på att redovisade prestationsuppgifter för en viss period normalt inte presenteras samlat förrän efter den 20:e i nästkommande månad (i regionkansliets månadsfakta m.m.) bör det övervägas om inte regionkansliet bör hämta uppgifterna på annat sätt, antingen direkt ur sjukhusens textrapporter eller via separata datafiler som kan lämnas kring den 20:e i månaden. Under 2012 lämnas alla textrapporter utom en (delårsrapporten per mars) från sjukhusen mellan den 19:e och den 21:e i månaden. Denna åtgärd skulle eliminera differenserna mellan rapporterna. Ett annat alternativ är att redovisa prestationsuppgifter med en månads eftersläpning för att säkerställa hög datakvalitet.

Bristen på tydliga definitioner avseende slutenvård respektive öppenvård, samt i vissa delar bristande följsamhet till fastställda definitioner, är allvarlig. Risk finns för godtycklig bedömning på sjukhusen av vad som är att hänföra till slutenvård respektive öppenvård. Detta får betecknas som anmärkningsvärt och påverkar inte bara kvaliteten i prestationsredovisningen utan kan också påverka sjukhusens intäkter från hälso- och sjukvårdsnämnderna, produktivetsbedömningar, beskrivningar av sjukhusens s.k. "överproduktion" och "produktion över ersättningstak", budget- och vårdöverens-kommelsearbete m.m.

Flera enheter på regionkansliet är involverade i arbetet med principer och anvisningar för rapporteringen. Ekonomiavdelningen ansvarar för övergripande rapporterings-anvisningar medan hälso- och sjukvårdsavdelningen ansvarar för mer detaljerade riktlinjer för redovisning av prestationer till de vårddatasystem ur vilka uppgifter hämtas. Det finns risk för otydlighet i vilken enhet som har ansvaret för att prestationsredovisningen blir så rättvisande som möjligt.

Ambitionsnivån vad gäller prestationsredovisning är i ett övergripande regionperspektiv på en relativt basal nivå. Regionkansliets analyser och rapportering av vårdproduktion sker på en mycket övergripande nivå. Systematiskt görs inte några mer detaljerade jämförelser av de olika sjukhusens prestationsutveckling över tid. Någon nedbrytning av prestationer per verksamhetsområde och med uppdelning utifrån "produktionsmix" görs inte heller. Inte heller har system/modeller skapats för att möjliggöra mer löpande produktivetsbedömningar. Här finns en tydlig utvecklingspotential.

En löpande "produktionsrevision" torde behöva ske för att säkerställa att en likformig prestationsredovisning sker mellan olika enheter och över tid. För uppföljning och analys av sjukhusens produktivitet kan en sådan funktion också jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård resp öppenvård, andel "kortliggare" i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

Granskningen visar att problemen i redovisningen av prestationer inte är större än att de borde kunna lösas genom att regionkansliet och sjukhusen tillsammans tar fram gemensamma och accepterade principer för sjukhusens prestationsredovisning. Eventuella avvikelser från dessa principer i sjukhusens löpande redovisning ska därefter inte behöva uppstå. Om avvikelser ändå uppstår är det regionkansliets roll att se till att rättelser sker i sjukhusens rapportering så att differenser elimineras.

På regiondirektörens initiativ har ett arbete påbörjats under senvåren 2012 för att komma till rätta med problemen med prestationsredovisningen. Den s.k RAKEL-gruppen har fått i uppdrag att se över regelverket för redovisningen samt principerna för sammanvägning av prestationer. Man har också i uppdrag att se till att redovisningen sker på ett likartat sätt på regionens sjukhus. Det är angeläget att gruppen får stöd och nödvändiga resurser för att fullgöra detta arbete. Förutom det praktiska arbete som sker i RAKEL-gruppen bör frågan också lyftas till en mer strategisk nivå.

#### **4.4 *Vilka konsekvenser får det om olika/felaktiga prestationstal redovisas till den egna styrelsen respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?***

##### **4.4.1 Beskrivning**

I och med att olika prestationstal redovisas i olika rapporter till styrelser får beslutsfattare i någon, eller flera, styrelser felaktiga beslutsunderlag för bedömning av verksamheternas effektivitet, produktivitet och ändamålsenlighet. Det försvårar också möjligheterna att bedöma hur väl sjukhusen uppfyller de av regionfullmäktige ställda målen.

##### **4.4.2 Iakttagelser och kommentarer**

Att olika prestationstal redovisas till styrelserna är allvarligt. Som beskrivits ovan innebär olika prestationstal i olika dokument att analyser av sjukhusens utveckling försvåras och att de riskerar att bli föremål för diskussion. Styrelserna måste få rätt information. En likartad redovisning där samma prestationstal rapporteras i olika dokument är grundläggande för att kunna bedöma sjukhusens effektivitet, produktivitet och ändamålsenlighet. Det är också väsentligt med likartade principer för prestationsredovisning om man vill göra jämförelser mellan sjukhusen. Ändamålsenliga jämförelser, med ökad kunskap om förhållanden på olika sjukhus, kan i sig bidra till ökad effektivitet på de enskilda sjukhusen.

## 5 Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Av vad som framgår av granskningen och utifrån de revisionsfrågor som ligger till grund för densamma bedömer vi att:

- det finns differenser avseende redovisningen av prestationer i olika forum och i olika dokument, som innebär att beslutsfattare får felaktiga beslutsunderlag. Även om differenserna i några fall är stora så bedöms problemen dock inte vara större än att de borde kunna lösas genom att regionkansliet och sjukhusen tillsammans tar fram gemensamma och accepterade principer för sjukhusens prestationsredovisning. Ökad tydlighet behövs beträffande vad som ska redovisas, hur det ska redovisas och varför det ska redovisas. Ett utvecklingsarbete har initierats av regiondirektören för att komma till rätta med problemen. Frågan behöver också lyftas till en strategisk nivå.
- differenserna i betydande grad påverkar bedömningen av enskilda sjukhus produktivitet utveckling liksom den samlade produktivitet utvecklingen för sjukhusvården. Oklarheter vad gäller principerna för redovisning av prestationer och "åldersstigna" principer för sammanvägning av olika prestationsslag har med största sannolikhet inneburit att felaktiga bedömningar gjorts av sjukhusens produktivitet utveckling under senare år. Sammanvägningen mellan slutenvård och öppenvård kan också ge felaktiga incitament som påverkar vårdens utveckling och effektivitet negativt.
- det behövs ett ökat fokus på sjukhusens produktivitet utveckling med jämförelser mellan sjukhusen och över tid och med en fördjupad analys i regionens årsredovisning.
- nuvarande rutiner för redovisningen kan med relativt enkla medel utvecklas, vilket skulle eliminera differenserna mellan olika prestationstal i olika rapporter. Det kan innebära nackdelen av något längre ledtider vid rapportering, men fördelen av samstämmig information med hög kvalitet torde väga tyngre.

Vi rekommenderar att följande åtgärder vidtas:

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör skyndsamt, och senast till 2013 års rapportering, tillse att det inte förekommer differenser mellan sjukhusens och regionkansliets prestationstal i de rapporter som framläggs styrelser, genom att RAKEL-gruppen får stöd och nödvändiga resurser för att fullgöra uppdraget att se över regelverket för redovisningen samt principerna för sammanvägning av prestationer.
- Rekommendation: Regionstyrelsen bör på strategisk nivå klargöra målbilden kring prestationsredovisning, dvs vad den ska användas till, hur uppföljning, analys och rapportering av vårdprestationer ska ske samt hur prestationsmått kan användas vid bedömning av enskilda sjukhus produktivitet utveckling, effektivitet och ändamålsenlighet.
- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tydliggöra regionkansliets ansvar kring prestationsrapporteringen och ansvar beträffande principer, riktlinjer och anvisningar för redovisningen. Ansvarig funktion/enhet på regionkansliet bör ges i uppdrag att utveckla prestationsredovisningen tillsammans med sjukhusen i syfte att klargöra:

- Vad som ska räknas som en prestation och redovisas av sjukhusen samt hur olika prestationsslag kan sammanvägas till ett prestationsmått. Det innebär bl a att ta ställning till hantering av eventuella jämförelsestörande poster i sjukhusens redovisning av prestationer. Prestationsredovisningen och sammanvägningen av prestationer bör i möjligaste mån spegla den resursförbrukning ett sjukhus har och också spegla den vårdutveckling som sker mot mer öppna vårdformer. Huruvida konstruktionen av ett prestationsredovisningssystem kan ge incitament för effektivisering av vården bör övervägas i arbetet.
  - Hur redovisningen ska ske för att säkerställa att differenser mellan olika prestationstal inte uppkommer.
  - När prestationsredovisningen från sjukhusen ska lämnas till regionkansliet för att säkerställa tillräckligt hög datakvalitet.
- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tillse att en ansvarig funktion/enhet inom Regionkansliet löpande bevakar sjukhusens prestationsredovisning för att säkerställa att en likformig redovisning sker mellan sjukhusen och över tid. I ansvaret kan också ingå att jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård respektive öppenvård, andel ”kortliggare” i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

# Ärende 9

Ärende 9



## Tjänsteutlåtande

Datum 2013-01-15

Diarienummer NU 198/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Sven Florström

---

## Granskning av fakturahanteringen

Den 19 mars 2012 infördes i regionen ett beställningssystem för varor och tjänster, Marknadsplatsen. För att säkerställa att vi följer gällande riktlinjer för inköp kommer vi aktivt att arbeta för att en så stor andel som möjligt av våra beställningar går via Marknadsplatsen. På så sätt säkerställer vi bl a att vi har korrekta beställningsunderlag och att inleverans görs på ett riktigt sätt. Att få så hög andel beställningar via Marknadsplatsen underlättar också vårt arbete med att identifiera de köp som görs utanför avtal. Diverse nyckeltal har också tagits fram för att över tid kunna följa upp följsamheten mot avtal och processer.

I revisionsrapporten lyfts fram att NU-sjukvården internt lyckats få igenom att ett beställningsnummer ska vara angivet på varje faktura, vilket säkerställer fakturans flöde samt att på det urval som kontrollerats är beställningsunderlagen mycket väl hanterade.

Revisorerna bedömer i sammanfattningen att den interna kontrollen avseende fakturahanteringsprocessen vid NU-sjukvården är tillräcklig.

Sven Florström  
Ekonomichef



Datum 2012-09-12  
Diarienummer Rev 34-2012

Handläggare: Ekkef (SF) ✓
Kopia: styrelsen ✓ sjukhusledning ✓

Sida 1(2)

Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom 2012 -09- 27 D nr. 198:10/2012
--

Se sändlista

## Granskning av fakturahantering på de fyra stora sjukhusen samt Habilitering & Hälsa

Intern kontroll är en väsentlig del i en väl fungerande intern styrning av regionens verksamheter. Under 2011 års revision har revisionen uppmärksammat brister i fakturornas kvalitet och i beställningsunderlag samt kopplingen till gällande avtal.

Revisorernas huvudsakliga bedömning är att:

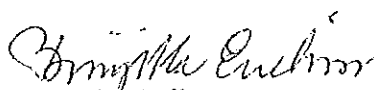
- det centralt finns en god dokumentation rörande attester och utanordning samt att det finns kompletterande dokument som är tillräcklig för att fakturahanteringen ska fungera.
- attestrutinerna fungerar tillfredställande och att det inte förekommit några fall där mottagningsattestanten är densamma som beslutsattestanten.
- leverantörernas fakturor uppfyller de krav som finns i lagen samt att de är specificerade på en acceptabel nivå.
- det för några verksamheter regelmässigt saknas underlag för beställningar. Detta gör att risken för fel ökar och att spårbarheten minskar.
- det finns brister i regionens upphandlingar som medför att många produkter köps utan avtal trots att det avser vanliga köp till stora summor.
- NU-sjukvården och SU har en tillräcklig intern kontroll avseende fakturahanteringsprocessen.
- SKAS, SÄS och Habilitering & Hälsa kan förbättra den interna kontrollen avseende fakturahanteringsprocessen.

Vi rekommenderar:

- regionens förvaltningar och Område inköp att lyfta områden som behöver upphandlas så att köp kan göras inom lagen och till marknadens bästa pris och kvalitet.
- granskade styrelser att uppdra åt respektive förvaltning att se över beställningsrutiner och inleveranskontroller så att de kan säkerställa att regionens resurser inte hanteras felaktigt. Det gäller både hantering av underlag samt som del av den interna kontrollen.
- granskade styrelser att uppmärksamma regionstyrelsen på vikten av en väl fungerande upphandlingsorganisation som kan hantera den stora mängd inköp som regionen årligen genomför om som omfattas av LOU.

För revisorskollegiet

  
Ulf Sjösten  
Ordförande

  
Birgitta Eriksson  
Vice ordförande

Datum 2012-09-12

Diarienummer Rev 34-2012

---

Revisionskollegiet emotser svar från berörda nämnder och styrelser inom sex månader från att rapporten expedierats.

**Expedieras till**

Regionstyrelsen

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

NU-sjukvården

Södra Älvsborgs Sjukhus

Skaraborgs Sjukhus

Habilitering & Hälsa

**Kopla till**

Regionfullmäktiges presidium

Samtliga politiska sekreterare

Leif Andersson, Regionkansliet

Hans Ekman, central ekonomiavdelning

# Granskning av fakturahanteringen i de fyra storsjukhusen samt Habilitering & Hälsa

Dnr: Rev 34-2012

Genomförd av: Revisionsenheten  
Thomas Vilhelmsson  
Vilhelm Rundquist

Behandlad av Revisorskollegiet den 12 september 2012

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
1.1	Iakttagelser .....	3
1.2	Bedömningar .....	3
1.3	Rekommendationer.....	4
<b>2</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
2.1	Bakgrund.....	5
2.2	Syfte och revisionsfrågor.....	5
2.3	Ansvarig nämnd och avgränsning.....	5
2.4	Revisionskriterier .....	5
2.5	Metod.....	6
<b>3</b>	<b>Dokumentation</b> .....	<b>7</b>
3.1	Attest- och utanordningsreglemente för Västra Götalandsregionen .....	7
3.2	Övriga dokument vid fakturahantering.....	7
<b>4</b>	<b>Analys</b> .....	<b>8</b>
4.1	NU-sjukvården.....	8
4.2	SU .....	9
4.3	SkaS.....	10
4.4	Södra Älvsborgs sjukhus .....	11
4.5	Habilitering & Hälsa.....	12
4.6	Sammanställning.....	13
<b>5</b>	<b>Bedömningar och rekommendationer</b> .....	<b>14</b>
5.1	Iakttagelser .....	14
5.2	Bedömningar .....	14
5.3	Rekommendationer.....	15

## 1 Sammanfattning

Den interna kontrollen är väsentlig för att den interna styrningen av regionens verksamheter ska fungera väl. Revisionen har årligen granska, bedöma och uttala sig om huruvida nämnder och styrelser upprätthåller en tillräckligt god intern kontroll i verksamheterna. Under år 2011 har revisionen uppmärksammat brister i fakturors kvalitet, i beställningsunderlag och i kopplingen till gällande avtal.

Det är väsentligt med en transparent, spårbar och sammanhållen kontrollrutin från upphandling via beställning till bokning i ekonomisystemet, dels för att motverka otillbörligt beslutsfattande, dels för att stärka leverantörstroheten i verksamheten. Kontrollrutinen är även väsentlig för att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt.

Granskningen avgränsas till ett stickprov på sammanlagt 125 fakturor, 25 från vardera Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), Skaraborgs sjukhus (SkaS) samt Habilitering & Hälsa.

### 1.1 Iakttagelser

- Leverantörernas fakturor uppfyller de krav som finns i lagen och är specificerade på en acceptabel nivå. Några väsentliga brister i detta avseende har inte framkommit.
- Några verksamheter saknar regelmässigt underlag för sina beställningar. Det leder till att risken för fel ökar och att spårbarheten minskar. Dessutom har i stort sett alla verksamheter brister i de underlag som ska bekräfta leveranserna. En faktura är inte ett tillräckligt bevis för att något verkligen har utförts. Detta förfaringsätt ställer även högre krav på att den interna kontrollen genomförs på ett strukturerat sätt.
- Det finns brister i regionens upphandlingsrutiner som leder till att många produkter köps utan avtal, trots att det avser vanliga köp till stora summor. Även köp som går emot gällande avtal förekommer. Det går inte att kontrollera att regionens pengar hanteras på ett ansvarsfullt sätt om priser och kvalitet inte undersöks via ett upphandlingsförfarande. För de köp som stöds av avtal har avtalen och villkoren gått att finna relativt enkelt. Problematiken med överklaganden i samband med upphandlingar är att det under den tid överklagandet prövas saknas det avtal.

### 1.2 Bedömningar

- Centralt finns en god dokumentation rörande attester och fakturahantering. Det finns kompletterande dokument vilka är tillräckliga för att detta ska fungera. Dokumenten bör enligt vår mening vara tydligare avseende dokumentation av beställning och bekräftelse. Det är rimligt att dokumenten ses över årligen för att vara aktuella.
- Angivandet av beställare och referenser har varit eftersatt. Frågan måste hanteras automatiskt i Marknadsplatsen, även om den inte täcker samtliga fakturor. Att referensen på fakturan inte är beställare är en brist. Det kan även vara vilseledande om personen inte längre arbetar kvar eller har bytt arbetsuppgifter. Det bör finnas korrekta referenser på fakturorna.
- Attestrutinerna fungerar tillfredställande och inget fall där mottagningsattestant och beslutsattestant är samma person har förekommit. Attestanterna är i olika grad styrda i ekonomisystemet och är därför behöriga att attestera.

- Det kan finnas möjligheter till effektiviseringar och besparingar om regionledningen fortsätter att anpassa inköpsorganisationen till den stora mängden inköp och till kraven från LOU.
- Det behövs kontroller för att identifiera brister och förbättringsområden i fakturahanteringen. Syftet bör vara att uppnå en tillfredställande process istället för att finna enskilda felaktigheter.
- Vi bedömer att den interna kontrollen avseende fakturahanteringsprocessen vid NU-sjukvården och SU är tillräcklig.
- Vi bedömer att SKaS, SÄS och Habilitering & Hälsa kan förbättra den interna kontrollen avseende fakturahanteringsprocessen.

### ***1.3 Rekommendationer***

- Regionens förvaltningar och Område inköp rekommenderas att identifiera områden som behöver upphandlas, så att köp kan göras lagenligt och till marknadens bästa pris och kvalitet.
- Granskade styrelser rekommenderas att uppdra åt respektive förvaltning att se över beställningsrutiner och inleveranskontroller så att de kan säkerställa att regionens resurser inte hanteras på felaktigt sätt. Det gäller både hantering av underlag och den interna kontrollen.
- Granskade styrelser rekommenderas att uppmärksamma regionstyrelsen på vikten av en väl fungerande upphandlingsorganisation, vilken ska kunna hantera den stora mängd inköp som regionen årligen gör och som omfattas av LOU.
- Granskade styrelser rekommenderas att uppmärksamma regionstyrelsen på behovet av att komplettera gällande riktlinjer av seende dokumentation av beställning och bekräftelse.

## **2 Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

Den interna kontrollen är en väsentlig del i och förutsättning för en väl fungerande intern styrning av regionens verksamheter. Revisionen har att årligen granska, bedöma och uttala sig om huruvida nämnder och styrelser upprätthåller en tillräckligt god intern kontroll i verksamheterna. Under år 2011 har revisionen uppmärksammat brister i fakturors kvalitet, i beställningsunderlag samt i kopplingen till gällande avtal.

Det är väsentligt med en transparent, spårbar och sammanhållen kontrollrutin från upphandling via beställning av vara eller tjänst till bokning av kostnad i ekonomisystemet, dels för att motverka otillbörligt beslutsfattande, dels för att stärka leverantörstroheten i verksamheten. Kontrollrutinen är även väsentlig för att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt vis.

### **2.2 Syfte och revisionsfrågor**

Granskningen syftar till att klarlägga om den interna kontrollen av fakturahanteringen, från upphandling till betalning, är tillräcklig.

Följande revisionsfrågor skall besvaras:

- Finns det dokumenterade rutiner för hur kontrollen av fakturor ska ske?
- Är det möjligt att identifiera och spåra beställare via fakturan?
- Hur följs lagar och regler gällande fakturors utseende och innehåll?
- Har principen att två personer kontrollerar varje faktura följts?
- Vilka underlag finns för beställning och bekräftelse av inleverans?
- Har köpet gjorts inom ramavtal eller inte?

### **2.3 Ansvarig nämnd och avgränsning**

Granskningen avgränsas till ett stickprov på 25 fakturor från vardera Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), Skaraborgs sjukhus (SkaS) samt Habilitering & Hälsa.

### **2.4 Revisionskriterier**

- Lagen om kommunal redovisning
- Lagen om offentlig upphandling
- Regionövergripande policys och riktlinjer
- Skatteverkets riktlinjer och krav
- Köplagen
- Bokföringslagen

## **2.5 Metod**

### **2.5.1 Fakturaurval**

Fakturagranskningen görs som en kontroll av 25 fakturor per vald verksamhet via ett kombinerat slumpmässigt och strategiskt urval. Målet med det, av arbetsbelastningsskäl begränsade urvalet, har varit att få så god täckning som möjligt av granskningsunderlaget. På grund av det begränsade antalet fakturor kan vi inte uttala oss generellt om hur verksamheten hanterar processen, men det är inte heller granskningens mål. Istället ska granskningen ge en bild av de brister som förekommer så att granskade styrelser i framtiden ska kunna förbättra dessa delar.

Urvalsperioden begränsades till februari 2012. Syftet var att få en hanterlig mängd fakturor som inte skulle påverkas av speciell fakturering i samband med årsskiftet. Därefter valdes tolv konton ut med större belopp och med olika inriktning för att spegla den breda verksamheten. För Habilitering & Hälsa som har en något annorlunda verksamhet än övriga har några konton har fått anpassas. Valda konton innehåller allt från sjukvård och konsulter till reparationer och förbrukningsmaterial. Fakturalisterna har rensats från interna motparter och andra offentliga aktörer på sjukvårdsområdet.

Målet har varit att träffa olika leverantörer, inom olika verksamheter och fakturor med varierade belopp. Listorna har sorterats med högsta beloppet först och för varje konto har faktura nummer 1 och 7 valts ut. Ur konto 5001 - 5009 har dessutom faktura nummer 13 valts ut. Där det har funnits för få fakturor har den med lägst belopp valts som andra faktura och i de fall det blivit samma leverantör har nästkommande faktura valts som ersättning.

### **2.5.2 Granskningsmoment**

Denna granskning har flera syften. Först kontrolleras om det finns två attester och om dessa finns upptagna i attestordningen. Det ska även finnas uppgift om vem som har beställt samt hur beställningen är dokumenterad. På fakturan kontrolleras om den innehåller de uppgifter som krävs enligt lagen samt om den är specificerad så att det går att utläsa vad som beställts och till vilken adress leveransen ska gå. Utifrån detta kan en översiktlig bedömning göras av om priset är rimligt och om beställningen är verksamhetsnära. Det bör även finnas en person, som i regionen kallas inleveranskontrollant, som med följesedel eller motsvarande kan bekräfta att varan mottagits eller tjänsten utförts. Inleveranskontrollanten ska kontrollera att en vara eller tjänst är levererad med rätt kvantitet och kvalitet. Denna bekräftelse kan inte göras via fakturan utan ska bekräfta att varan eller tjänsten verkligen har levererats. Sist och störst är kontrollen av eventuellt ramavtal och/eller direktköpsavtal samt om det är giltigt i tid och gäller för den aktuella varan eller tjänsten. Här görs en sammanvägd bedömning för att kunna jämföra resultaten med andra granskade verksamheter.

### 3 Dokumentation

Den dokumentation som bedöms relevant för granskningen är attest- och utanordningsreglementet samt olika rutinbeskrivningar och tillämpningsanvisningar för fakturahantering.

#### ***3.1 Attest- och utanordningsreglemente för Västra Götalandsregionen***

Regionen har ett fastställt reglemente för attester och utanordning. Den första utgångspunkten för reglementet är fullmäktiges "Policy för intern styrning" som antogs 2002 men som upphävdes redan 2005. Andra utgångspunkter är kommunal redovisningslag samt god redovisningssed. Hela reglementet är allmänt hållet och tar upp kontroller, attester, jäv mm. Mer specifik information lämnas i tillämpningsanvisningarna till attest- och utanordningsreglementet.

Tillämpningsanvisningarna anger vilka delar som omfattas av reglementet samt de roller som finns i flödet. Här nämns attestant, beställare, inleveranskontrollant och utanordnare. I anvisningarna finns en uppställning över vilka kontroller som bör göras av en faktura, beroende på vilken ekonomisk händelse som avses. Hanteringen förklaras utförligt. Det finns även andra dokument som är framtagna på tjänstemannanivå och som ska ge stöd i delar av fakturahanteringen. SU har tagit fram egna lokala tillämpningsanvisningar som stöd för de övergripande.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Det är bra att regionen har antagit ett reglemente med tillhörande tillämpningsanvisningar. Utgångspunkten för reglementet är policyn för intern styrning och kontroll. Den avskaffades i slutet av 2005. Policyn står fortfarande som den första utgångspunkten trots att den är borta och att den ännu inte har ersatts med någon ny. Reglementet är formellt och övergripande så det är i tillämpningsanvisningarna som medarbetarna får stöd i fakturahanteringen. Den information som finns bedömer vi vara tillräcklig för de olika arbetsmomenten i fakturahanteringen. Reglementet trycker särskilt på ansvaret hos olika roller i processen.

#### ***3.2 Övriga dokument vid fakturahantering***

##### **3.2.1 Externa leverantörsfakturor**

Fakturorna har under ett flertal år skannats och lästs in i ekonomisystemet Raindance. Om denna hantering finns en anvisning som bland annat tar upp fakturans flöde, vad som ska kontrolleras och vilka användarregler som gäller.

##### **3.2.2 Fakturans utseende**

Det finns ett dokument som anger vilka krav som ställs på en faktura. Dokumentet utgår från skatteverkets riktlinjer och krav och gäller när regionen fakturerar, men är även ett stöd för att rätt kontroller görs på inkommande fakturor. Dokumentet är kommenterat av ekonomiavdelningen.

##### **3.2.3 Riktlinjer för representation, utbildning och handkassar**

Dokumentet innehåller redovisningsinformation för att moms ska bli korrekt redovisad samt krav på deltagarförteckning, kvitton och annan betydande dokumentation. Dokumentet är baserat på Skatteverkets allmänna råd.

## **Iakttagelser och kommentarer**

Ovanstående tre dokument är stöd för användare som hanterar fakturor och de bör, om de följs på ett betryggande vis, säkra processen. Det finns dock inget sammanhållet dokument för dessa frågor vilket kan göra det svårt att hitta informationen. Vissa av dokumenten har uppdaterats löpande. Andra inte har uppdaterats på länge, vilket kan bero på att det inte förekommit några väsentliga förändringar som påverkat dem.

I dokumentet om externa leverantörsfakturor står att det i undantagsfall är acceptabelt att en person både utför mottagningsattest och beslutsattest. Revisionen har vid en granskning av Raindance (oktober 2011) konstaterat att vissa verksamheter då hade tagit bort en spärr, så att endast en person behövdes för godkännande av faktura. Det finns metoder att hantera trängda lägen utan denna lösning. Enligt vår bedömning finns därför inga skäl att gå förbi kravet på att mottagningsattest och beslutsattest utförs av olika personer.

## **4 Analys**

### **4.1 NU-sjukvården**

#### **4.1.1 Beställare, attester och fakturans innehåll**

På samtliga fakturor har det gått att identifiera ett beställningsnummer vilket kunnat bekräftas via beställningslistan. Relativt få namn är angivna som referenser. Det gör det svårt att spåra en kontaktperson eller beställare. I vissa fall har beställningsnumret kopplats till ett namn samtidigt som ett annat referensnamn funnits angivet på underlaget.

Vi har inte noterat några brister i principen att två personer attesterar och fakturorna har både haft lagenlig information och varit tillräckligt specificerade.

## **Iakttagelser och kommentarer**

Internt har NU-sjukvården lyckats få igenom att ett beställningsnummer ska vara angivet på varje faktura, vilket säkerställer fakturans flöde. Att de namn som är angivna inte överensstämmer med de siffror som anges tyder på att olika rutiner som krockar. Numret har ett rent internt syfte, medan det kan finnas anledning att förtydliga på fakturan vem som är regionens kontakt mot leverantören.

#### **4.1.2 Beställningsunderlag och bekräftelse**

Granskningen av beställningsunderlag visar att det finns tillräckliga underlag för 20 av de 25 fakturorna. I fyra fall finns underlag som medför viss tveksamhet i bedömningen och har därför inte helt uppfyllt kraven. En faktura saknar underlag helt.

Bekräftelser finns för ett tiotal fakturor. Det är svårt att se något system för vilka fakturor som är bekräftade men förekommer företrädesvis vid sällanköp för mindre belopp. Några fastställda rutiner för att spara bekräftelser finns inte.

## **Iakttagelser och kommentarer**

På det kontrollerade urvalet är beställningsunderlagen mycket väl hanterade. De finns i form av e-post, remisser och andra formella underlag. Det går alltid att önska ett ännu mer standardiserat förfarande för att förenkla, men det viktiga är att underlagen går att spåra. När det gäller bekräftelser av fakturor är det området mer eftersatt, men även här har det gått att identifiera underlag för ett antal fakturor. Att ha en bekräftelse utöver fakturan är ett starkare bevis på att varan eller tjänsten faktiskt har levererats.

### **4.1.3 Avtal**

Avtal finns för ungefär hälften av köpen och gäller både varor och tjänster från olika branscher. Att det finns dokumenterade beställningar är dessutom en extra försäkring för den person som beställer från en leverantör där regionen saknar avtal. Dock visar korrespondensen att det inte enbart handlar om engångsbeställningar, utan att man fortlöpande beställer utan upphandling.

Ett identifierat problem är en faktura som gäller ett serviceavtal för inköpta utrustningar och som måste förlängas så länge utrustningen finns kvar. Vid denna typ av köp måste man uppmärksamma att man binder upp sig mot en enskild leverantör under väldigt lång tid.

### **Iakttagelser och kommentarer**

NU-sjukvårdens avtalstrohet ligger på medelnivå, vilket betyder att det finns mycket att förbättra för att avtalshandlingen ska anses uppfylla kraven. Vid köp utan avtal är det osäkert om pengarna hanteras på ett korrekt vis, eftersom man inte vet om varan köpts till bästa marknadspris i förhållande till kvalitet. För att nå en bättre avtalstrohet krävs ett tydligare arbete med att i ramavtal binda upp de varor och tjänster som krävs i verksamheten och att uppmärksamma verksamheten på hur detta ska gå till. Hanteringen av köp som automatiskt medför långa avtalstider är en strategisk fråga för regionen. Rutinen bör ses över eftersom sådana köp kan innebära att regionen binder upp sig för kostnader för lång tid framöver.

## **4.2 SU**

### **4.2.1 Beställare, attester och fakturans innehåll**

Referens finns på ungefär hälften av fakturorna och med hjälp av beställningslistan kan de flesta personerna identifieras. Fakturorna har i allmänhet gett tillräcklig information och uppfyllt lagens krav samt varit väl specificerade. Samtliga fakturor har kontrollerats av minst två personer.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Referensnumren kan inte härledas utan beställningslistan, men eftersom de finns där går det ändå relativt enkelt att spåra en kontaktperson. Några väsentliga brister i attester eller innehåll finns inte.

### **4.2.2 Beställningsunderlag och bekräftelse**

Beställningsunderlag saknas endast för 20 procent av fakturorna vilket är en relativt bra nivå. För några av fakturorna bedöms det inte frågan vara tillämplig eftersom det handlar om löpande avtal. Övriga underlag bekräftas via beställningar, e-postkorrespondens eller motsvarande.

Det brister i bekräftelserna. Det är särskilt viktigt att säkra att man fått det som beställts när avtal saknas.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Kontrollen av beställningsunderlag har fallit ut mycket positivt för SU som i de allra flesta fall kan uppvisa underlag för beställningarna. Det visar på goda rutiner och med ytterligare lite ansträngningar kommer detta att bli heltäckande. Vissa beställningar görs via telefon och man bör fundera ut hur sådana beställningar ska dokumenteras.

Det finns inga direkta krav på att bekräftelser ska sparas, men vissa sparar dem som underlag och andra som en ren försiktighetsåtgärd. I det lilla fakturaurval som kontrollerats kan det ändå skönjas aktiva handlingar för att kunna bekräfta ett köp.

### **4.2.3 Avtal**

Gällande avtal har konstaterats för över 60 procent av fakturorna, vilket är ett bra resultat med tanke på det blandade urvalet av fakturor. Speciellt i de sjukvårdsrelaterade inköpen är täckningen god, men även där finns brister. Några fakturor handlar om köp som SU gjort från etablerade kontakter utan att kontrollera om det funnits andra leverantörer upphandlade. Det finns även andra ej upphandlade områden där detta bör regleras.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Av det valda urvalet visar SU att en stor del av köpen har gjorts i enlighet med avtal. Vi har dock noterat köp där ansvarig köpare valt att gå förbi gällande avtal och i stället använt en tidigare kontakt. Det är ett felaktigt arbetssätt och måste åtgärdas. Det är av olika anledningar svårt att ha full avtalstäckning, men det är viktigt att följa utvecklingen och att identifiera de områden som idag saknar avtal eller har svag avtalstrohet. Tillsammans med en stor andel beställningsunderlag och även bekräftelser ger det en bild av att SU har en till stora delar fungerande process.

## **4.3 SkaS**

### **4.3.1 Beställare, attester och fakturans innehåll**

Det är i många fall svårt att av fakturorna se vem som är kontaktperson eller beställare på sjukhuset. I vissa fall är endast angivet en ansvarskod och ibland finns det ingen sådan uppgift alls. De flesta personer har kunnat bekräftas mot beställningslistan, men i vissa har personen troligtvis slutat sin anställning och i andra fall saknas referens helt. Dessutom finns ett fåtal fakturor där attestanten också är beställare.

Det har inte framkommit några brister gällande principen med två attestanter. Fakturorna har uppfyllt lagens krav och även varit specificerade så att det gått att avgöra vad som har inhandlats.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

Det är svårt att reda ut vem som är beställare och från fakturan är det svårt att överhuvudtaget få fram ett namn. Fakturareferensen är en hjälp för såväl leverantören som sjukhuset att spåra kontaktperson. Att beställaren ibland även är attestant försvårar kontrollarbetet. Dessa roller bör hållas åtskilda. I reglementet står att beställare inte kan vara attestant för samma transaktion.

Inga väsentliga brister gällande attester eller fakturainnehåll har noterats.

### **4.3.2 Beställningsunderlag och bekräftelse**

Att det endast inkommit ett mindre antal beställningsunderlag och bekräftelser tyder på att rutiner saknas. Att endast några underlag har redovisats kan bero på enskilda beställares arbetssätt eller att det handlat om specialbeställningar. Även om underlagen oftast saknas, så visar de köp som har underlag att där finns både beställning och bekräftelse. Övriga saknar allt.

#### **Iakttagelser och kommentarer**

SkaS följer inga formella rutiner när det gäller att spara beställningar eller bekräftelser vilket är förklaringen till att vi mottagit så få. Både spårbarhet och leveranskontroll blir betydligt svårare. Att underlagen saknas är emellertid inget bevis för att beställningar inte görs på ett säkert sätt eller att kontroller av utförandet inte sker.

### **4.3.3 Avtal**

För SkaS har det inkommit avtal för ungefär hälften av fakturorna vilket är i linje med övriga granskade. Avtal för reparationer och inköp av speciella mindre förbrukningsvaror saknas. Det är relativt vanligt, men avtal saknas även vid inhyrning av läkare. Inhyrning av läkare är vanligt förekommande och handlar om stora summor, vilket gör det än viktigare att ha kontroll via ramavtal eller annat avtal.

Köp som gjorts i strid med annat gällande avtal är få, men det kvarstår områden där sjukhuset borde arbeta bättre med Område inköp för att få en stabil och trygg bas av leverantörer.

### **Iakttagelser och kommentarer**

SkaS har redovisat avtal för ungefär hälften av de granskade fakturorna. Avtalsbristerna finns i flera branscher och gäller köp till varierande belopp. Det är alltså ett relativt utbrett problem i verksamheten. Speciellt viktigt är att åtgärda vanligt förekommande köp till större summor. Dessa problem bör inte vara svåra att identifiera och borde kunna hanteras i samråd med Område inköp.

## **4.4 Södra Älvsborgs sjukhus**

### **4.4.1 Beställare, attester och fakturans innehåll**

Endast på hälften av fakturorna framgår ett referensnamn, men hälften av namnen finns inte i den beställarlista som vi fått från förvaltningen. På resten av fakturorna finns inget namn eller endast ett nummer som internt kan kopplas till beställaren. Detta beror på att beställningslistan gäller för Marknadsplatsen och sjukhuset har inte tidigare haft någon gemensam förteckning över beställare. Frågan har i stället hanterats av respektive chef. SÅS anser att huvudrutinen med en mottagningskontrollant och en beslutsattestant säkrar att felaktiga beställningar inte godkänns. Leverantörernas fakturainnehåll håller en god nivå och dubbla attestanter finns för samtliga fakturor.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Att fakturorna har namn på personer, vilka inte är beställare visar att sjukhuset saknar rutiner på området. Det är dock positivt för leverantören om det finns ett namn på fakturan i det fall denne behöver kontakta sjukhuset. Det förutsätter dock att namnet är uppdaterat och att personen fortfarande arbetar kvar med samma arbetsuppgifter. De nummer som angetts istället för namn ger en hjälp internt på SÅS, men är omständligt eftersom den beställarlista vi mottagit inte är kopplad till dessa nummer.

### **4.4.2 Beställningsunderlag och bekräftelse**

Några rutiner för hantering av underlag för beställning och bekräftelse finns inte. Sjukhuset har valt att inte leta fram eventuella underlag.

### **Iakttagelser och kommentarer**

Bristen på underlag minskar kontrollmöjligheten över vem som beställer, vad som beställs och vad som slutligen levereras. I många fall är beställningarna standardiserade och då fungerar oftast fastställda rutiner. När rutiner saknas krävs det ofta en större kontrollapparat för verifiera att processen fungerar tillfredställande. Förmodligen kommer Marknadsplatsen att lösa en stor del av detta, men inte allt. Sjukhusledningen bör fundera på hur det resterande ska lösas.

### 4.4.3 Avtal

Det lagstadgade kraven på fakturorna är uppfyllda. Det kan vara svårt för en utomstående att se vad som beställts eftersom det varit en del branschspecifika köp. Det har emellertid kunnat förklaras av förvaltningen, antal varor har till exempel varit bra specificerat.

Antalet avtal är begränsat, men det beror på olika orsaker. Endast ett fåtal fakturor gäller köp från en "inte upphandlad" leverantör. Däremot finns ett flertal fakturor från olika branscher där regionen helt saknar ramavtal. I något fall har SÄS sagt att det är påpekat för inköp men i många fall har frågan inte alls hanterats. Det är varierat stora och små köp, men produkterna är inte ovanliga. Regionen kommer varje år upp i summor som vida överstiger kraven för när upphandling ska göras. För ungefär hälften av fakturorna finns gällande avtal, där ett par är inne i sin förlängningsperiod.

### Iakttagelser och kommentarer

SÄS bedöms köpa mycket via upphandlade avtal och bryter endast i ett fåtal fall mot gällande avtal. Det brister på områdena reparationer och transporter, där det säkert kan vara problematiskt att få till ramavtal. Men lagen om offentlig upphandling (LOU) ska följas för att ge det mest fördelaktiga avtalet. Lokalt kan vissa leverantörer missgynnas av att inte på affärsmässiga grunder kunna ta sig in i regionen som leverantör.

Bristen på avtal kan bero på att inköpsavdelningen inte prioriterar vissa varu- eller tjänsteområden eller att den saknar resurser. Det kan också vara så att olika verksamheter i regionen inte informerar om sina behov. Upphandling är en aktuell fråga i regionen och sjukhusen är väl medvetna om bristerna.

## 4.5 Habilitering & Hälsa

### 4.5.1 Beställare, attester och fakturans innehåll

Beställaren har i de flesta fall kunnat identifieras som behörig enligt den beställningslista vi mottagit. Det finns dock personer som istället för att vara angivna som beställare har angetts som attestanter. I vissa fall är beställare och attestant samma person. Det är i de fall som avser läkemedel och då finns en annan person utsedd att attestera läkemedelsbeställningen. Dock har mottagningskontrollant och attestant inte varit en och samma person.

Fakturorna har överlag uppfyllt lagens krav och även varit så specificerade att innehållet har kunnat kopplas till verksamheten.

### Iakttagelser och kommentarer

Vi noterar att det görs beställningar av chefer som även är slutgiltiga attestanter. Beställare bör vara mottagningskontrollant och överordnad chef attestant för att inte mottagningsattestanten ska hamna i en påtryckningsituation och beroendeställning. I en liten verksamhet är detta svårt att undvika men riskerna bör ändå diskuteras.

### 4.5.2 Beställningsunderlag och bekräftelse

Beställningsunderlagen är av olika slag och finns kopplade till endast 10 av 25 fakturor. Ibland finns kommentarer om att det beställs via telefon, men bekräftande underlag saknas. På samma sätt som för beställningar finns inga krav på att underlag som bekräftar fakturornas innehåll ska sparas. Vi har fått kommentar om att följesedeln stäms av i samband med att varorna mottagits. Det är bra, men när den sedan slängs försvinner spårbarheten.

## Iakttagelser och kommentarer

Förvaltningen har inte arbetat aktivt med att säkra underlag för beställningar och det är därför de saknas. I standardiserade förfaranden kan det vara en bra kontroll med gemensamma beställningsmallar. Det underlättar förfarandet om dessa utformas centralt i regionen och inarbetas i de övergripande riktlinjerna.

Det är betydelsefullt att få bekräftelse från ett annat håll på att varan har mottagits eller att tjänsten utförts. Att något beställts och fakturerats betyder inte att köpet har genomförts. Varje förvaltning ansvarar för att denna avstämning görs och att det går att följa hela kedjan.

### 4.5.3 Avtal

När det gäller avtal är det relativt spretigt och endast i knappt 40 procent av fakturorna kan vi se att det finns ett gällande avtal. I vissa fall är det mindre köp där man har kontakter med leverantörer sedan tidigare, men något avtal för den aktuella varan finns inte. Det finns även fall där man gått utanför avtal för att det är enklast så. I några fall har avtalen gått ut och ny upphandling pågår, men vid köptillfället saknas avtal då upphandlingen överklagats. Förvaltningen har då i samråd med inköp beslutat hur inköp ska göras.

## Iakttagelser och kommentarer

Att så få köp görs inom avtal är riskfyllt, då det kan komma krav och klagomål från upphandlade leverantörer eller för att konkurrensen inte är tillfredställande. Det är viktigt att veta vilka leverantörer man ska köpa av och det finns inte utrymme för eget tyckande och önsknings. Delar av detta problem kommer att lösas i marknadsplatsen men allt kommer inte att finnas där direkt. Även framöver kommer köp att göras utan sådana kontroller.

En stor risk när den köpande verksamheten eller inköpsförvaltningen inte uppmärksammar att avtal löper ut är att varje köp då blir en direktupphandling. Köpet ska annonseras och anbud tas in för att inte någon näringsidkare ska missgynnas. I annat fall är det att betrakta som en otillåten direktupphandling. Svårigheter kan dock uppstå i samband med att upphandlingar överklagas och produkten är nödvändig för att kunna bedriva verksamheten.

## 4.6 Sammanställning

Nedanstående tabell visar de viktigaste kontrollmomenten i granskningen samt resultaten från dessa. Dokumentation av beställning och bekräftelser hanteras på olika sätt och vissa har något mer standardiserade rutiner. Ingen av verksamheterna får godkänt på punkten "Köpt inom ramavtal" där nivån är för låg. Det skiljer dock en del verksamheterna emellan.

	NU	SU	SkaS	SÅS	H&H
Identifiering beställare	NJA	NJA	NJA	NJA	NJA
Fakturainnehåll	JA	JA	JA	JA	JA
Två attestanter	JA	JA	JA	JA	JA
Beställningsunderlag	JA	JA	NJA	ET*	NJA
Bekräftelse av leverans	NJA	NJA	NEJ	ET*	NJA
Köpt inom ramavtal	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ

\* Saknar rutiner för detta och har inte kontrollerat eventuell förekomst

## 5 Bedömningar och rekommendationer

### 5.1 Iakttagelser

- Leverantörernas fakturor uppfyller de krav som finns i lagen och är specificerade på en acceptabel nivå. Några väsentliga brister i detta avseende har inte framkommit.
- Några verksamheter saknar regelmässigt underlag för sina beställningar. Det leder till att risken för fel ökar och att spårbarheten minskar. Dessutom har i stort sett alla verksamheter brister i de underlag som ska bekräfta leveranserna. En faktura är inte ett tillräckligt bevis för att något verkligen har utförts. Detta förfaringssätt ställer även högre krav på att den interna kontrollen genomförs på ett strukturerat sätt.
- Det finns brister i regionens upphandlingsrutiner som leder till att många produkter köps utan avtal, trots att det avser vanliga köp till stora summor. Även köp som går emot gällande avtal förekommer. Det går inte att kontrollera att regionens pengar hanteras på ett ansvarsfullt sätt om priser och kvalitet inte undersöks via ett upphandlingsförfarande. För de köp som stöds av avtal har avtalen och villkoren gått att finna relativt enkelt. Problematiken med överklaganden i samband med upphandlingar är att det under den tid överklagandet prövas saknas det avtal.

### 5.2 Bedömningar

- Centralt finns en god dokumentation rörande attester och fakturahantering. Det finns kompletterande dokument vilka är tillräckliga för att detta ska fungera. Dokumenten bör enligt vår mening vara tydligare avseende dokumentation av beställning och bekräftelse. Det är rimligt att dokumenten ses över årligen för att vara aktuella.
- Angivandet av beställare och referenser har varit eftersatt. Frågan måste hanteras automatiskt i Marknadsplatsen, även om den inte täcker samtliga fakturor. Att referensen på fakturan inte är beställare är en brist. Det kan även vara vilseledande om personen inte längre arbetar kvar eller har bytt arbetsuppgifter. Det bör finnas korrekta referenser på fakturorna.
- Attestrutinerna fungerar tillfredställande och inget fall där mottagningsattestant och beslutsattestant är samma person har förekommit. Attestanterna är i olika grad styrda i ekonomisystemet och är därför behöriga att attestera.
- Det kan finnas möjligheter till effektiviseringar och besparingar om regionledningen fortsätter att anpassa inköpsorganisationen till den stora mängden inköp och till kraven från LOU.
- Det behövs kontroller för att identifiera brister och förbättringsområden i fakturahanteringen. Syftet bör vara att uppnå en tillfredställande process istället för att finna enskilda felaktigheter.
- Vi bedömer att den interna kontrollen avseende fakturahanteringsprocessen vid NU-sjukvården och SU är tillräcklig
- Vi bedömer att SkaS, SÄS och Habilitering & Hälsa kan förbättra den interna kontrollen avseende fakturahanteringsprocessen.

### **5.3 Rekommendationer**

- Regionens förvaltningar och Område inköp rekommenderas att identifiera områden som behöver upphandlas, så att köp kan göras lagenligt och till marknadens bästa pris och kvalitet.
- Granskade styrelser rekommenderas att uppdra åt respektive förvaltning att se över beställningsrutiner och inleveranskontroller så att de kan säkerställa att regionens resurser inte hanteras på felaktigt sätt. Det gäller både hantering av underlag och den interna kontrollen.
- Granskade styrelser rekommenderas att uppmärksamma regionstyrelsen på vikten av en väl fungerande upphandlingsorganisation, vilken ska kunna hantera den stora mängd inköp som regionen årligen gör och som omfattas av LOU.
- Granskade styrelser rekommenderas att uppmärksamma regionstyrelsen på behovet av att komplettera gällande riktlinjer av seende dokumentation av beställning och bekräftelse.



# Ärende 10

Ärende 10

2013-01-21

## Anmälan av delegationsbeslut

<u>Ärende i delegationsordningen</u>	<u>Beslut i korthet och beslutsdatum</u>	<u>Delegat</u>	<u>Dnr</u>
Träffa/underteckna avtal med bemanningsföretag	Avtal om läarkonsulter specialläkare intermedicin/medicinsk rehab, Doc Connect Nordic AB, 2013-01-07—03-10 (rev. till v 8, 9, 10, 14, 15)	Sjukhusdirektören	27:200/2012
Träffa/underteckna avtal med bemanningsföretag	Avtal om läarkonsulter specialläkare intermedicin/medicinsk rehab, Doc Connect Nordic AB, 2012-12-03—12-16	Sjukhusdirektören	27:210/2012
Träffa/underteckna avtal med bemanningsföretag	Avtal om läarkonsulter specialläkare neurologi, Agito Sverige AB, 2013-01-07—04-07	Sjukhusdirektören	27:10/2013
Träffa/underteckna avtal med bemanningsföretag	Avtal om läarkonsulter specialläkare neurologi/medicinsk rehab, Doc Connect Nordin AB, 2013-01-01—06-02	Sjukhusdirektören	27:20/2013
Bisysla	Tillåten bisysla, ledningskansliet/verksamhetsutveckling, konsultarbete	Chef HR ledning	1:10/2013
Bisysla	Sammanställning över tillåten bisysla inom område vuxenpsykiatri 2013-01-01	Respektive chef inom sitt ansvarsområde	1:20/2013

# Ärende 11

Ärende 11

## **Anmälningssärenden 2013-02-01**

**Inkomna skrivelser**

**Utgående skrivelser**

**Hälso- och sjukvårdsutskottet**

**Ekonomiutskottet**

**Regionstyrelsen**

Arvodesberedningen, beslut om trängselskatt från och med 1 januari 2013

Detaljbudget 2013 för Västra Götalandsregionen, beslut 2012-12-11, § 251

**Regionfullmäktige**

Motion av Karin Greenberg (C) om kultur i vården, 2012-11-27, § 212 (remitterat till styrelsen för NU-sjukvården)

Motion av Marianne Nilsson (KD) om fortsatt tillämpning av lagen om valfrihetssystem, 2012-11-27, § 209

**Ägarutskottet**

**Hälso- och sjukvårdsnämnderna i norra Bohuslän, Trestad och Dalsland**