

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov

Diarienummer: REV 2022-00084

2023-01-25

Revisionsrapport:  
Granskning av hälso- och  
sjukvårdens insatser för att  
omhänderta ett uppdämt  
vårdbehov

Januari 2023

Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov

Diarienummer: REV 2022-00084

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Marianne Förars Gustafsson (projektledare) och Evelina Halse

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmson

[www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision)

# Rapportens innehåll

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning.....                                       | 4  |
| Utgångspunkter för granskningen .....                     | 7  |
| Bakgrund .....  | 7  |
| Syfte och revisionsfrågor.....                            | 7  |
| Avgränsning .....   | 8  |
| Revisionskriterier .....                                  | 8  |
| Granskade styrelser .....                                 | 8  |
| Metod .....   | 8  |
| Resultat av granskningen.....                             | 9  |
| Styrning av tillgänglighet .....                          | 9  |
| Regional samordning av tillgänglighetsarbetet .....       | 13 |
| Sjukhusstyrelsernas styrning mot tillgänglighetsmål ..... | 14 |
| Modell för prioritering i produktionsplaneringen.....     | 16 |
| Åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov .....   | 19 |
| Uppföljning och beslut vid bristande måluppfyllelse.....  | 24 |
| Bedömning .....   | 27 |

# Sammanfattning

Under covid-19-pandemin har patienter med lägre prioriterade vårdbehov fått vänta på vård längre än den lagstadgade vårdgarantin.

Revisionen har identifierat en risk för ineffektiv styrning och användning av hälso- och sjukvårdens resurser för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet som finns i Västra Götalandsregionen och har därför valt att granska området under 2022.

## Bakgrund

När behovet av akutvård för covid-19-patienter minskar och samhället öppnar upp ökar kraven och förväntan på att det uppdämda vårdbehovet ska omhändertas av sjukvården. Efterfrågan är därmed större än åren innan pandemin.

Regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar utifrån ett helhetsperspektiv och för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Hösten 2020 tilldelades regionstyrelsen extra medel för att förstärka arbetet med ökad tillgänglighet och för att omhänderta det uppdämda vårdbehov som uppstått till följd av pandemin. I samband med detta bildades grupperingen Regional särskild tillgänglighetsledning där samtliga medel för förstärkt tillgänglighet samlades. Grupperingen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och består bland annat av förvaltningschefer eller deras representanter från sjukhusen och primärvården.

## Utgångspunkter

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrningen av hälso- och sjukvårdens resurser är ändamålsenlig och tillräckligt effektiv för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Med *ändamålsenlig styrning* menar vi att det finns beslut om planering och åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov och för att nå regionens tillgänglighetsmål. Med *tillräckligt effektiv styrning* menas att åtgärderna ska vara tydligt specificerade, tydligt tidsplanerade och vara av sådan karaktär att de är realistiska att genomföra.

Granskningen omfattar:

- regionstyrelsen
- hälso- och sjukvårdsstyrelsen
- styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus
- styrelsen för Sjukhusen i väster
- styrelsen för NU-sjukvården.

## Resultat

Revisionen har granskat om styrelserna i tillräcklig omfattning har planerat och styrt för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom Regional särskild tillgänglighetsledning. Trots det har insatserna inte gett förväntad effekt. Revisionen bedömer därför att arbetet med att omhänderta det uppdämda vårdbehovet behöver intensifieras.

Revisionen har granskat om styrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot regionens tillgänglighetsmål. Granskningen visar bristande måluppfyllelse ställt till vårdgarantin men även på regionala ojämlikheter i tillgänglighet. Bristerna är mångåriga. Revisionen ser inte i protokoll att det tydliggörs att vårdgarantin är lag och måste följas. Revisionen bedömer att styrelserna bör stärka styrningen för att nå uppsatta tillgänglighetsmål. Vårdgarantin ska ses som en yttersta tidsgräns och inte som en målsättning. Revisionen bedömer även att en adekvat tillsyn för att kontrollera efterlevnaden av den lagstadgade vårdgarantin behöver komma till stånd och att de handlingsplaner som upprättas för att nå målen tydligt behöver tidplaneras och vara av sådan karaktär att de är realistiska att genomföra.

Revisionen har även granskat om information och återkoppling till respektive styrelse beträffande måluppfyllelse har varit ändamålsenlig och om styrelserna har agerat vid bristande måluppfyllelse. Revisionen bedömer att prognoser om när vårdgarantin ska uppnås sammantaget inte speglar troligt utfall baserat på den regionala uppföljningen av måluppfyllelse väntetider. Bedömningen är vidare att analyserna om tillgänglighet ur patientperspektiv kan utvecklas avseende måluppfyllelse ställt till vårdgarantin.

Revisionen kan inte finna i styrelsernas protokoll att information om brister i tillgänglighet följs av nya eller kompletterande beslut. Revisionens bedömning är att sjukhusstyrelserna brustit i ledning och styrning då de ställt till kommunallagens krav och styrelsernas reglementen inte agerat under året vid rapport om bristande måluppfyllelse.

Granskningen visar slutligen att flera förvaltningschefer anser att det pågående omställningsarbetet inom hälso- och sjukvården är en av de viktigaste insatserna för att öka tillgängligheten. Dock noteras att ett fåtal beslut eller åtgärder är vidtagna under året för omställningen. Vår bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver förstärkas.

## Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla tillsyn, uppföljning och analys av efterlevnaden av lagstadgad vårdgaranti.
- Revisionen rekommenderar hälso- och sjukvårdsstyrelsen att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.
- Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.

# Utgångspunkter för granskningen

## Bakgrund

Under covid-19-pandemin har patienter med lägre prioriterade vårdbehov fått vänta på åtgärd. Väntetiderna är längre än den lagstadgade vårdgarantin. När behovet av akutvård för covid-19-patienter minskar och samhället öppnar upp ökar kraven och förväntan på att det uppdämda vårdbehovet ska omhändertas av sjukvården. Efterfrågan är därmed större än under åren innan pandemin.

Regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar utifrån ett helhetsperspektiv och för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Ansvaret innefattar att säkerställa att utförarverksamheten efterlever fattade beslut om tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är systemägare för den samlade regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. Det innebär ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Utförarstyrelsernas arbete sker utifrån aktuell lagstiftning, mål och anvisningar som anges av regionfullmäktige, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen samt utifrån vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Revisorskollegiet har i sin risk- och väsentlighetsanalys identifierat en risk för ineffektiv styrning och användning av hälso- och sjukvårdens resurser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Mot bakgrund av detta har revisorskollegiet beslutat att genomföra en fördjupad granskning.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrningen av hälso- och sjukvårdens resurser är ändamålsenlig och tillräckligt effektiv för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov.

Med ändamålsenlig styrning menar vi att det finns beslut om planering och åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov och för att nå uppsatta tillgänglighetsmål. Med tillräckligt effektiv styrning menas att åtgärder ska vara tydligt specificerade, tydligt tidsplanerade och vara av sådan karaktär att de är realistiska att genomföra.

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

- Har styrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov?
- Har styrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot uppsatta tillgänglighetsmål?
- Har information och återkoppling till respektive styrelse beträffande måluppfyllelse varit ändamålsenlig, och har styrelserna agerat vid bristande måluppfyllelse?

## Avgränsning

Granskningen avser området styrning av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården utifrån ett uppdämt vårdbehov. Granskningen omfattar inte området kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården, då detta granskas i en separat rapport. Granskningen är avgränsad till att omfatta regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen samt sjukhusstyrelserna. Granskningen avser verksamhetsåret 2022.

Med uppdämt vårdbehov avses kvarvarande vårdbehov som på grund av pandemi eller bristande tillgänglighet inte har lett till efterfrågan på vård hos befolkningen. Det kan också vara ett vårdbehov som inte har mötts av vården på grund av vårdens ransoneringar, smittskyddsåtgärder eller förändrade arbetssätt. Definitionen baseras på definition framtagen av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

## Revisionskriterier

De revisionskriterier som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är hämtade från:

- Regionfullmäktiges mål i budget – tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård
- Reglementen för respektive styrelse
- Kommunallag (2017:725) 6 kapitlet 6 § – nämnder och styrelserns ansvar
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kapitel 9 – vårdgaranti

## Granskade styrelser

De styrelser som omfattas av granskningen är:

- regionstyrelsen
- hälso- och sjukvårdsstyrelsen
- styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus
- styrelsen för Sjukhusen i väster
- styrelsen för NU-sjukvården.

## Metod

Vi har granskat styrelsernas styrning och beslut genom dokumentanalys och enkätfrågor till granskade styrelser. Vi har följt upp styrelsernas svar med intervjuer av förvaltningschefer/motsvarande och analys av tillgänglig regional och nationell statistik. Under höstens dialogmöten mellan sjukhusstyrelsernas presidier och revisorskollegiet har vi gett en kort lägesrapport och ställt uppföljande frågor.

# Resultat av granskningen

Syftet med granskningen är att bedöma om styrningen av hälso- och sjukvårdens resurser är ändamålsenlig och tillräckligt effektiv för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov.

Med ändamålsenlig styrning menar vi att det finns beslut om planering och åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov och för att nå uppsatta tillgänglighetsmål. Med tillräckligt effektiv styrning menas att åtgärder ska vara tydligt specificerade, tydligt tidsplanerade och vara av sådan karaktär att de är realistiska att genomföra.

## Styrning av tillgänglighet

### Organisation

Regionstyrelsen är Västra Götalandsregionens ledande politiska förvaltningsorgan. Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över övriga nämnder och styrelser, och vakar över att Västra Götalandsregionen fullgör sina åligganden inom olika verksamheter utifrån regionfullmäktiges beslut samt enligt lag och andra författningar. Regionstyrelsen ska utveckla och upprätthålla ledningssystem för Västra Götalandsregionens samlade hälso- och sjukvård samt utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktion i egen regi. Styrelsen ska särskilt beakta de områden där det finns särskilda skäl för en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är Västra Götalandsregionens främsta hälso- och sjukvårdspolitiska organ, med ansvar för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor ur ett befolknings- och regionövergripande systemperspektiv. Systemägarskapet innebär bland annat att verka för en god hälsa och vård på lika villkor för befolkningen och att verka för att invånarnas behov av hälso- och sjukvård och möjlighet till val av vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt i hela regionen. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska följa upp och rapportera till regionfullmäktige hur det regionfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet i Västra Götalandsregionen svarar upp mot övergripande mål. Hälso- och sjukvårdsnämndernas uppföljning av vårdöverenskommelser, vårdval och andra relevanta uppföljningar ska ligga till grund för rapporteringen.

Sjukhusstyrelserna har ansvar att inom sitt område se till att verksamheten bedrivs effektivt och ändamålsenligt, i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Styrelserna ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen. Styrelserna ska bedriva vården med professionell kompetens och säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten.

I Västra Götalandsregionen finns även fem hälso- och sjukvårdsnämnder som ska verka för en god hälsa och vård på lika villkor för invånarna inom sitt geografiska område genom beställning och upphandling av hälso- och sjukvård med utgångspunkt från befolkningens behov.

Beställning av hälso- och sjukvård regleras i vårdöverenskommelse<sup>1</sup>. För att uppfylla vårdgarantin samverkar ägare, beställare och utförare. Överenskommelser och avtal ska enligt reglementet syfta till ett gemensamt ansvarstagande för att uppnå fullmäktiges mål utifrån gjorda behovsanalyser och tillgängliga resurser. Regionstyrelsen<sup>2</sup> har uppsiktsplikt över övriga nämnder och styrelser, och vakar över att Västra Götalandsregionen fullgör sina åligganden inom olika verksamhetsområden utifrån fullmäktiges beslut samt enligt lag och andra författningar. Ansvarer innefattar att säkerställa att utförarverksamheten efterlever fattade beslut om tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.

## Mål och vårdgaranti

I regionfullmäktiges budget för 2022<sup>3</sup> finns två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot, varav det ena är en tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård.

Vårdgarantin<sup>4</sup> anger hur länge du som patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården. Den anger även hur länge du som längst ska behöva vänta på att få den vård som du behöver. Du ska få ett första besök i specialistvården inom 90 dagar, och likaså får väntetiden till operation eller behandling vara högst 90 dagar. Vårdgarantin styr inte om du ska få vård eller vilken vård du ska få. Vård ska ges först till den som har störst behov av vård. [Läs mer om vårdgarantin här.](#)

Prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska bygga på en värdegrund som riksdagen<sup>5</sup> har beslutat om. Värdegrunden innehåller tre principer:

- Människovärdesprincipen innebär att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att de som har de svåraste sjukdomarna ska få vård först. Vårdpersonalen ska särskilt tänka på de svagaste patienterna, till exempel de som inte kan tala för sig och som inte känner till sina rättigheter.

---

<sup>1</sup> Vårdöverenskommelse 2022–2023.

<sup>2</sup> Reglementet diarienummer RS 2018-03535.

<sup>3</sup> Regionfullmäktiges budget 2022.

<sup>4</sup> Vårdgarantin i VGR.

<sup>5</sup> Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Prop. 96/97).

- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt av behandlingen. Om till exempel två olika behandlingar ger samma effekt så bör den som kostar mindre väljas.

Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Av hälso- och sjukvårdslagen<sup>6</sup> framgår att den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Enligt riksdagens proposition 1996/97:60 finns fyra prioriteringsgrupper inom hälso- och sjukvården:

- Prioriteringsgrupp ett innefattar vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.
- Prioriteringsgrupp två innefattar prevention och habilitering/rehabilitering.
- Prioriteringsgrupp tre innefattar vård av mindre akuta och kroniska sjukdomar.
- Prioriteringsgrupp fyra innefattar vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

## Väntetidsstatistik och uppföljning av vårdgaranti

Vårdgivarna ska följa upp väntetider och rapportera till den nationella databasen. Den nationella mätningen av måluppfyllelse<sup>7</sup> följer bland annat andel som får ett första besök inom den lagstadgade vårdgarantiden 90 dagar samt andel som får behandling eller operation inom 90 dagar.

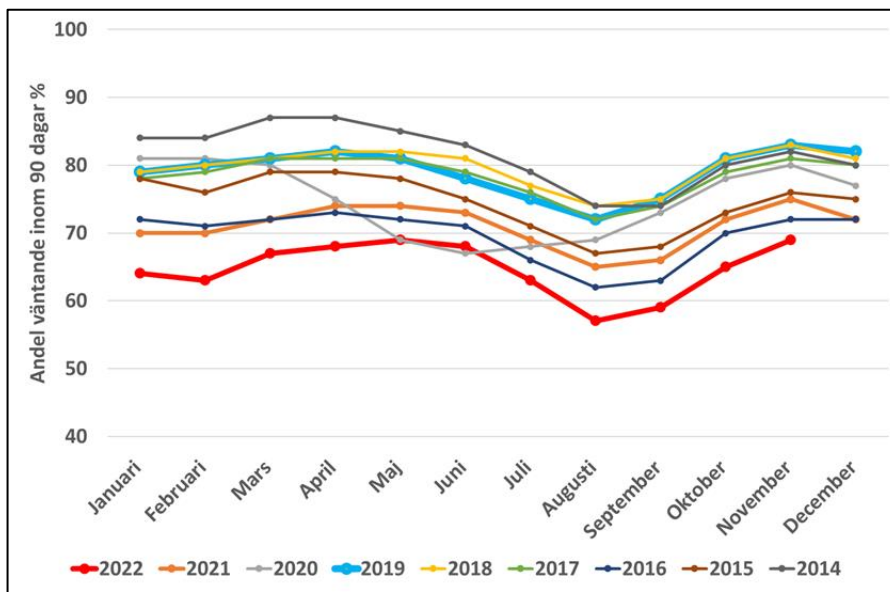
Uppföljningen av vårdgarantin för Västra Götalandsregionen visar på långvariga problem med tillgängligheten. Uppföljningen visar också i vilken omfattning pandemin förvärrade situationen år 2020. Sjukhusens insatser år 2021 förbättrar läget jämfört med 2020. Utvecklingen illustreras i figurer på nästa sida för perioden januari 2014 – november 2022. Figur 1 visar besök och figur 2 avser operation/ behandling. Revisionen har även tagit del av sjukhusens rapporterade väntetider. [Länk till statistik per sjukhus per november 2022.](#)

---

<sup>6</sup>Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 3 kap 1§.

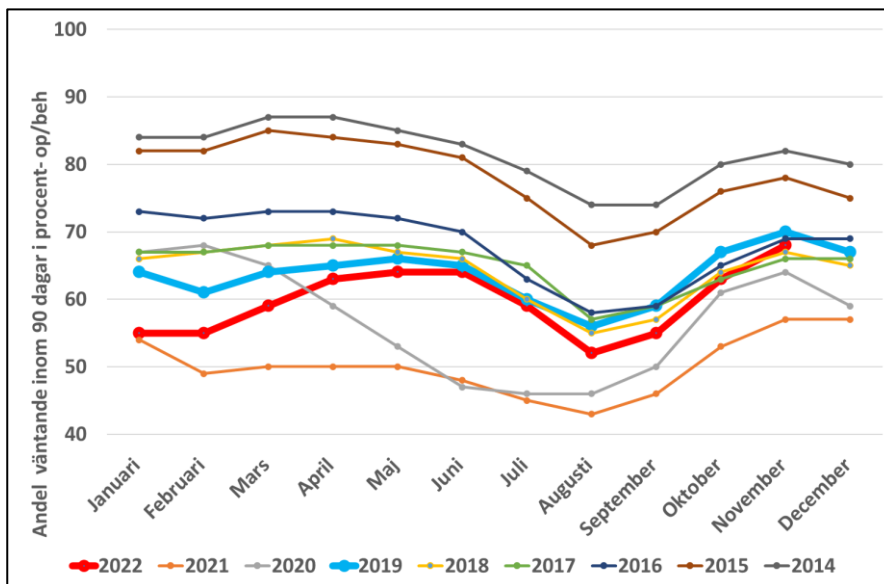
<sup>7</sup>Länk Väntetider i vården.

**Figur 1: Besök**



Figur 1: Andel väntande i procent som får ett första besök inom lagstadgade 90 dagar. Avser Västra Götalandsregionen och åren 2014 till november 2022. Observera bruten skala. Källa: Väntetider i vården. Uttag vecka 2 år 2023

**Figur 2: Operation/behandling**



Figur 2: Andel väntande i procent som får operation eller behandling inom lagstadgade 90 dagar. Avser Västra Götalandsregionen och åren 2014 till november 2022. Observera bruten skala. Källa: Väntetider i vården. Uttag vecka 2 år 2023.

Granskningen visar att väntetiderna till första besök, operation och behandling är för långa i relation till vårdgarantin. Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri är för långa i relation till vårdgarantin<sup>8</sup>. Granskningen visar även att ledtiderna i standardiserade vårdförlopp för cancer är för långa i relation till målnivån 80 procent.<sup>9</sup> Den regionala statistiken visar också att väntetiderna varierar mellan sjukhusen.

## Regional samordning av tillgänglighetsarbetet

Regionstyrelsen tilldelades hösten 2020 extra medel för att förstärka arbetet med ökad tillgänglighet och för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet till följd av covid-19-pandemin. Därefter har arbetet fortsatt med förlängda tidsbegränsade uppdrag. Beslutet innebar en förändrad styrning där samtliga medel för förstärkt tillgänglighet hanteras av och samlas under Regional särskild tillgänglighetsledning (RSTL), som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppen består av förvaltningschefer från sjukhusen och primärvården samt representanter från Koncernkontoret. Regionstyrelsen gav regiondirektören i uppdrag att, i nära samverkan med utförarna, etablera en särskild organisation inom Koncernkontoret att leda och driva arbete för att målet om att uppfylla vårdgarantin ska uppnås senast från och med utgången av 2021.<sup>10</sup>

Regionfullmäktige har beslutat att även under 2022 tilldela regionstyrelsen extra medel och förlänga deras utökade mandat, vilket innebär att uppdraget till Regional särskild tillgänglighetsledning också förlängs för att kunna fortsätta arbetet under 2022.<sup>11</sup> Uppdraget att leda Regional särskild tillgänglighetsledning för 2022 ska avrapporteras muntligt till regiondirektören.

I beslut<sup>12</sup> anges att då det kvarstår stora osäkerheter gällande pandemins effekter på kommande sökmönster hos invånare i Västra Götalandsregionen, följs därför samlad kö i stället för det uppdämda vårdbehovet. Målet är att nå vårdgarantin till årsskiftet 2022/2023 och därmed omhänderta det samlade behovet. För att nå målet att uppfylla vårdgarantin till utgången av 2022 ska den Regionala särskilda tillgänglighetsledningen samordna, leda och utveckla tillgänglighetsarbetet. Den ska säkerställa nyttjandet av den totala vårdkapaciteten för planerad vård, vilket inkluderar de avtalsbundna privata utförarna. Den ska också vid behov initiera

---

<sup>8</sup> För barn- och ungdomspsykiatri är vårdgarantin i Västra Götaland 30 dagar (regional utökning).

<sup>9</sup> SKR databas Signe Redovisning Arbetet med standardiserade vårdförlopp i Västra Götalandsregionen enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2022. Regionalt cancercentrum väst 2022-09-29.

<sup>10</sup> Diarienummer RS 2020-05547.

<sup>11</sup> Diarienummer RS 2020-05254.

<sup>12</sup> Diarienummer RS 2022-02199.

ändringar av avtal med privata utförare<sup>13</sup>, och har mandat att vid behov omdisponera vårdvolymerna mellan utförare, såväl interna som externa. Utöver arbetet i Regional särskild tillgänglighetsledning sker arbetet även genom följande forum:

- *Samordningsråden* bereder frågor till Regional särskild tillgänglighetsledning. Samordningsråden<sup>14</sup> finns inom olika verksamhetsområden och består av verksamhetschefer från respektive förvaltning. Gruppen ska verka för en ökad regional samordning så att den samlade kapaciteten används på bästa sätt, genom att gemensamt driva frågor inom ansvarsområdet.<sup>15</sup>
- *Operativa styrgruppen för tillgänglighet och produktion (OSGToP)* är ett samordnande och beredande organ till Regional särskild tillgänglighetsledning. Styrgruppen fungerar som en plattform för sjukhusens samverkan rörande produktionsstyrning löpande under året, för att nyttja den samlade kapaciteten i regionen. Gruppen består av biträdande sjukhusdirektörer eller dess representant med produktionsuppdrag.
- *Vårdgarantiservice (VGS)* är en funktion under regionstyrelsen som ger information och lotsar patienter till vårdgivare med ledig kapacitet, samt gör informationskampanjer riktade direkt till invånarna. Vårdgarantiservice leder även arbetet med leveransplaner mellan förvaltningar med behov av avlastning och utförare med tillgänglig kapacitet både internt och externt.

Granskningen har visat att mötesanteckningarna från Regional särskild tillgänglighetsledning inte är publicerade, och det är inte heller tydligt hur informationen rapporteras och dokumenteras i beslut för respektive styrelse.

## Sjukhusstyrelsernas styrning mot tillgänglighetsmål

### Styrelsen för NU-sjukvården

Styrelsen för NU-sjukvården beskriver i enkätsvar att styrelsen planerar att nå tillgänglighetsmålen år 2022 i enlighet med det nationella regelverket, avseende tid. Uppnådda tillgänglighetsmål innebär att uppdämda vårdbehov kommer att hanteras. Granskningen har visat att styrelsens beskrivning omfattar mått relaterade till produktion och att styrelsen anger att den samlade planerade kapaciteten är tillräcklig för att möta både behoven 2022 och tidigare uppdämda behov. Förvaltningsledningen

---

<sup>13</sup> Med interna utförare avses utförare i regional regi eller egen regi. Externa utförare kan vara annan region eller upphandlad privat utförare. Det senare omnämns ibland som köpt vård.

<sup>14</sup> Diarienummer RS 2019-03137.

<sup>15</sup> Hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut 2022-02-03, Förlängt särskilt tillgänglighetsuppdrag för samordningsråd ortopedi, hjärta/kärl, kvinnosjukdomar och förlossningar, kirurgi, urologi, ögon, öron/näsa/hals, barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri.

för NU-sjukvården anger vid intervju att sjukhuset har tagit fram återkopplingsverktyg för flera nivåer vilket gör att verksamheterna kan se hur de ligger till vecka för vecka.

## **Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

I enkät beskriver styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att sjukhuset har ett sjukhusövergripande arbete för att korta väntetiderna. Arbetet utgår från en sjukhusövergripande strategisk plan för produktionsuppdraget. Styrelsen anger vidare att det behövs ett kontinuerligt arbete och anpassade metoder. Vid intervju med förvaltningsledningen anges att man följer den ordning som finns i regionen och att man arbetar med ett genomförandeperspektiv. Sjukhuset beskriver att de arbetar med riktade insatser, bland annat genom att personal arbetar på kvällar och helger samt att de köper operationskapacitet från andra vårdgivare. De som har väntat länge prioriteras och sjukhuset försöker få till riktade insatser. Förvaltningen anger att det är en balansgång mellan att få till produktion för de som väntat länge och samtidigt hantera de med högre prioritet.

## **Styrelsen för Sjukhusen i väster**

Förvaltningsledningen för Sjukhusen i väster anger vid intervju att både före, under och efter pandemin har Sjukhusen i väster bäst tillgänglighet i regionen. Det fanns ett behov av att ställa om resurser under pandemin, men sjukhuset gjorde det i en takt som gjorde det möjligt att fortsätta sjukhusets grunduppdrag.<sup>16</sup> Sjukhuset har i vissa fall haft svårt att nå produktionsuppdragen.<sup>17</sup> Förvaltningsledningen anger att uppdrag behöver synkroniseras med vårdgarantin. Prioriteringen ligger på en medicinsk nivå och hos den medicinska professionen. Samordningsråden har arbetat för att det regionala användandet av prioritering ska vara likvärdigt.

Den politiska prioriteringen utgår från behovsanalysen<sup>18</sup> och uppfattningen är att behovsanalysen skulle kunna utvecklas. När sjukhuset ser att verksamheten inte kan nå sin produktionsplan har styrelsen haft en dialog med ägarutskottet om hur sjukhuset ska hantera situationen. Förvaltningsledningen har begärt in åtgärdsplaner för berörda verksamheter för att arbeta med åtgärdsplanering. Styrelsen anger i enkät att förvaltningen arbetar aktivt med produktionsuppdraget och att styrelsen följer upp uppdragets resultat regelbundet.

---

<sup>16</sup> Med sjukhusets grunduppdrag avses uppdrag enligt reglemente och vårdöverenskommelse.

<sup>17</sup> Med produktionsuppdrag avses här tillkommande riktade uppdrag genom överenskommelser via Regional särskild tillgänglighetsledning.

<sup>18</sup> Regional behovsanalys som ligger till grund för beställarnämndens beställning i vårdöverenskommelse.

## Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Vid intervju med förvaltningsledningen för Skaraborgs Sjukhus anges att sjukhuset har slagit samman arbetet med uppdämt vårdbehov med tillgänglighetsmålet och att fokus i det arbetet är produktionsstyrning och ökad produktivitet genom fler besök per medarbetare. Förvaltningsledningen har veckovisa möten med verksamhetschefer för att följa produktionen. Sjukhuset har en produktionsenhet som stöttar verksamheterna med den praktiska produktionsplaneringen. De deltar i regional särskild tillgänglighetsledning och den operativa styrgruppen. Styrelsen får information vid varje sammanträde om åtgärder och hur sjukhuset ligger till i produktionen. Styrelsen har också lagt ett särskilt uppdrag i december 2020 gällande barn- och ungdomspsykiatri.

## Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

Förvaltningsledningen för Södra Älvsborgs Sjukhus anger vid intervju att produktionsmål inför 2022 inte överensstämmer med tillgänglighetsmålet. I vissa fall har sjukhuset haft ett högre produktionsmål än det har funnits underlag av patienter. Förvaltningsledningen menar vidare att det är för mycket fokus på kapacitet i stället för behov. För detaljbudget 2023 är behovet i första hand och därefter produktionsmålet. Förvaltningsledningen anger att styrelsen är fokuserad på tillgänglighetsmålet (patientperspektiv) snarare än produktionsmålen (produktionsperspektiv), medan de regionala insatserna kopplas till det som produceras i stället för tillgänglighetsmål och behov.

Styrelsen lyfter i enkät att målet är att sjukhuset ska vara köfritt inom högprioriterad kirurgi (30 dagar) och köfritt inom kirurgiskt behandlad cancer till sommaren 2022. Styrelsen har påbörjat ett projekt med målsättning att Södra Älvsborgs Sjukhus ska uppfylla samtliga standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervård i enlighet med de nationella kriterierna. Styrelsen anger inte när målet ska vara uppfyllt.

## Modell för prioritering i produktionsplaneringen

I Västra Götalandsregionen finns en beslutad modell för planering vid akut kapacitetsbrist för opererande specialiteter. Modellen beskriver organisation, hur uppföljning ska ske samt innefattar checklista för stöd i dialog och prioritering. Regionstyrelsen har beslutat om ersättningsnivåer för arbetet kopplat till det uppdämda vårdbehovet. Beslut<sup>19</sup> om regler om ekonomisk ersättning vid flytt av vård mellan sjukhus beskriver den utarbetade principen. Huvuddragen i ersättningsmodellen till sjukhusens somatiska vård utgörs av ersättning för diagnosrelaterade grupper (DRG), kostnadsytterfall<sup>20</sup> och besöksersättning.

---

<sup>19</sup> Diarienummer RS 2019-05614.

<sup>20</sup> Kostnadsytterfall är vårdtillfällen som är väsentligt dyrare än genomsnittet för respektive diagnosrelaterade grupper.

## **Regionstyrelsen**

Regionstyrelsen anger i enkätsvar att prioritering sker utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Samordningsråden har i uppdrag att verka för en harmonisering av prioriteringar. Regionstyrelsen anger vidare att Regional särskild tillgänglighetsledning och samordningsråden har fått i uppdrag att verka som om patienterna står och väntar i en kö, för att säkerställa likvärdig behandling och medicinsk prioritering.

De sjukhusförvaltningar som har möjlighet att utföra mer vård, har möjlighet att nyttja de gemensamma medel som avsatts inom ramen för produktionsstyrningen. De senaste årens arbete med koncentration av vård till valda enheter, kapacitetsutnyttjande och tillgänglighet innebär att verksamhet flyttar från ett sjukhus till ett annat.

## **Hälso- och sjukvårdsstyrelsen**

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen anger att dessa frågor om prioritering främst tas omhand av regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna utifrån deras särskilda tillgänglighetsuppdrag.

## **Styrelsen för NU-sjukvården**

Styrelsen för NU-sjukvården anger i enkätsvaret att de använder sig av de nationella etiska reglerna, fastställda av riksdagen, för prioritering av vårdbehov. Kompletterande styrande dokument är framför allt standardiserade vårdförlopp för cancer (SVF) samt regionala medicinska riktlinjer fastställda av hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

## **Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset anger i enkätsvar att utifrån lagstiftningen ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Denna princip gäller när behovet av vård överstiger de tillgängliga resurserna, oavsett orsak. Vidare anger styrelsen att enligt vårdöverenskommelse för 2022–2023 ska planering och genomförande av vård baseras på medicinsk prioritering där prioriteringen är; akut sjuka patienter, imperativ vård, planerad vård.

Vid intervju med verksamhetsledningen framkommer att verksamhetschef ansvarar för produktionsplanering och uppföljning av uppdraget. Sjukhuset använder sig av den koncerngemensamma rapporteringen för Regional särskild tillgänglighetsledning. Produktionsplaneringen som läggs veckovis ska vara förankrad i verksamheterna. Områdeschef skickar veckovis rapport till sjukhusdirektör. Rapporten ska innehålla eventuella omedelbara åtgärder för att komma i nivå med plan, om köpt vård är enligt leveransplan och eventuell notering. Produktionsplanen används för att göra kapacitets- och resursplan. Förvaltningsledning anger också att sjukhusets

produktionskontor har ett nära samarbete med funktionsgrupp operativ styrning, resursplaneringsenheten, vårdgarantisamordnare, utdataenheten med flera. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en vårdgarantisamordnare per område som kan stödja i arbetet med vårdgarantifrågor. Styrelsen får vid varje styrelsemöte en sammanfattning av inflöde, utförd vård, åtgärder och köutveckling.

## **Styrelsen för Sjukhusen i väster**

Styrelsen för Sjukhusen i väster anger att de inte har fastställt en egen struktur och modell för prioritering. Beslutad struktur och modell för prioritering utgår från Regional särskild tillgänglighetsledning där förvaltningschef medverkar samt via operativa styrgruppen för tillgänglighet och produktion där produktionschef alternativt biträdande sjukhusdirektör medverkar. Uppföljning av resultat och prioritering av åtgärder inom förvaltningen samordnas genom styrgrupp för produktion. Därtill har medicinska samordningsråd en viktig roll i att samordna produktionen utifrån en regional kontext och process, och ska i dess uppdrag verka för att förebygga risk för inlåsning och suboptimering mellan förvaltningsgränser.

## **Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus**

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har i handlingsplan för ekonomi och verksamhet i balans<sup>21</sup> gett sjukhusdirektör i uppdrag att arbeta vidare med produktivitetsförbättringar, bland annat genom att utveckla och förbättra arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Styrelsen anger i enkätsvar att insatser som workshop, utbildningsinsatser, arbete med produktionsplanering och visualisering av behov har genomförts. Styrelsen anger vidare i svaret att en taktisk styrgrupp för de opererande specialiteterna diskuterar förslag till prioriteringsprinciper. Styrgrupp för produktions- och kapacitetsplanering beslutar om principer för fördelning av gemensamma kapaciteter.

## **Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus**

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus anger i enkätsvar att struktur och modell för prioritering är fastställd. Prioritering i produktionsplaneringen styrs främst av medicinsk prioritering inom respektive specialitet och verksamhetsområde. Därefter sker fördelning av resurser mellan verksamhetsområdena främst inom styrrådsorganisationen. Vid behov sker styrrådsövergripande koordinering via tillgänglighets- och produktionschef. Inom de opererande verksamhetsområdena finns en gemensam operationsplanering (styrråd operation) för att få en likvärdig prioritering mellan olika verksamhetsområden och olika specialiteter.

---

<sup>21</sup> Diarienummer SKAS 2021-00256.

## Åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov

Regionfullmäktige har avsatt medel för arbetet med att omhänderta det uppdämda vårdbehovet.<sup>22</sup> De sjukhus som har möjlighet att utföra mer vård inom de områden där uppdämt vårdbehov finns, får ta del av dessa medel genom tilläggsbeställningar. Medlen används även till köpt vård i de fall sjukhusens kapacitet inte motsvarar behovet för den lägst prioriterade vården, i syfte att frigöra kapacitet på sjukhusen för högre prioriterad vård. Koncerninköp har på delegation av regionstyrelsen möjlighet att göra nödvändiga justeringar av regionstyrelsens avtal inom hälso- och sjukvårdsområdet som upphandlats på uppdrag av sjukhusen, som krävs för att möta det uppdämda vårdbehovet till följd av pandemin. Exempelvis skrivs det in möjlighet för primärvården att remittera direkt in på vissa avtal för att korta väntetiderna.

### Regionstyrelsen

I rapport<sup>23</sup> från Regional särskild tillgänglighetsledning till regionstyrelsen april 2022 framkommer att Regional särskild tillgänglighetsledning under året har haft fortsatt fokus på uppföljning av sjukhusens planer för produktion. I rapporteringen framgår att det fortlöpande tas fram nya uppföljningsrapporter i Power-BI-verktyget.

I rapporten redovisas också en påbörjad informationskampanj om vårdgarantin och de rättigheter och möjligheter som patienterna har utifrån den. Samtliga patienter som står i kö för ett första besök eller behandling/operation på regionens sjukhus har under april 2022 fått hem brev om att de har fått vänta länge på grund av pandemin. Det framgår även av rapporten att samordningsrådets roller, mandat och arbetssätt behöver utvecklas.

I rapporteringen till regionstyrelsen anges att målet är att nå vårdgarantin till årsskiftet 2022/2023. Prognosen är att Västra Götalandsregionen kommer att uppnå vårdgarantin avseende första besök. Prognosen för operation/behandling är att Västra Götalandsregionen vid slutet av 2022 kommer att ha 4 000 väntande utanför vårdgarantins stipulerade tider.

Ett antal beslut har tagits av regionstyrelsen under 2022 för särskilda insatser inom riktade områden för förbättrad tillgänglighet till vård.<sup>24</sup> Tillgänglighet är en av punkterna som regionstyrelsens presidium diskuterar på ägardialogerna med sjukhusstyrelserna. Regionstyrelsen anger att transparent information finns på plats för att synliggöra situationer som uppstår, för att kunna ta gemensamma beslut och göra likvärdig prioritering över hela regionen beroende på behov och kapacitet. Vid

---

<sup>22</sup> Diarienummer RS 2020-03070.

<sup>23</sup> Diarienummer RS 2021-06488. Revisionen har inte funnit någon ytterligare motsvarande rapportering till regionstyrelsen under året.

<sup>24</sup> Diarienummer RS 2021-06488.

intervju med tjänsteperson på Koncernkontoret anges att det finns resurser för ökad produktion eller köp av vård.

## Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

I enkätsvar svarar hälso- och sjukvårdsstyrelsen att åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov främst tas omhand av regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna utifrån deras särskilda tillgänglighetsuppdrag. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har presidiedialoger med ökat fokus på uppfyllelse av åtaganden inom tillgänglighetsvården på respektive sjukhus. Gemensamma analyser genomförs med frågeställningar kring uppföljning av genomförda åtgärder för följsamhet till leveransplan, utmaningar och planerade åtgärder/handlingsplan. Återrapportering sker till hälso- och sjukvårdsnämnderna varje månad.

## Samverkan kring åtgärder

Granskningen visar att flera av sjukhusens förvaltningschefer beskriver att Koncernkontoret har en central roll i att produktionen och dess planering och styrning utgår från ett patientperspektiv där tillgänglighet, valfrihet och jämlikhet är vägledande. Flera av förvaltningscheferna lyfter även fram den operativa styrgruppen för tillgänglighet och produktion som en viktig samverkan inom flera patientområden. Flera av sjukhusens förvaltningschefer anger även att *vårdöverenskommelserna* inte omhändertar det faktiska vårdbehovet och att volymerna till sjukhusen har ökat men att uppdraget från beställarna inte har justerats. Flera förvaltningschefer för sjukhusen beskriver att de upplever att processerna för att få ersättning för särskilda tillgänglighetssatsningar är trög och byråkratisk.

Upplevelsen är vidare att modellen för ekonomistyrningen är svår. Sjukhusens förvaltningschefer har gemensamt lyft behovet av ett gemensamt it-system för produktions- och kapacitetsplanering till Regional särskild tillgänglighetsledning.

## Upphandling av vård via externa vårdgivare

Regionstyrelsen har genom beslut uppmanat sjukhusstyrelserna att avropa mer vård efter beslutad tilldelad volym enligt de avtal som Västra Götalandsregionen har upphandlat. Regionstyrelsen har gett uppdrag till regiondirektör, Regional särskild tillgänglighetsledning och samordningsråd och tydliggjort verksamhetens ansvar.

I granskningen har sjukhusens förvaltningschefer påtalat att det tillskapade utrymmet för avrop omfattar patientgrupper med lång väntetid men med lägre prioriterade medicinska behov. Det framkommer även att externa vårdgivare inte alltid har kapacitet att ta hand om patienter med komplexa vårdbehov, vilket medför att patienter med lägre prioriterade behov får företräde till vården. Sjukhusens förvaltningschefer lyfter att det är problematiskt med avvikelser från medicinska prioriteringsprinciper.

Tjänstepersoner från Koncernkontoret beskriver att sjukhusen genom samordningsråden är delaktiga i att beskriva vilken typ av vård som ska upphandlas och då blir det främst mindre komplex vård, dagkirurgi med mera. De beskriver vidare att beställningen till stor del är tillitsstyrd och att den främsta utmaningen inom hälso- och sjukvården är kapacitetsbrist – inte beställning, ersättningsnivåer eller behovsanalyser. Granskningen har inte funnit att uppföljning genomförts för att analysera effekterna avseende medicinsk prioritering av köpt vård.

## **Omställning av hälso- och sjukvården**

Granskningen har visat att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger att gemensamma dialoger mellan sjukhusen har lett till en större regionalisering. I dialogerna suddas förvaltningsgränserna ut, till förmån för patienterna och systemet går mot ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Flera förvaltningschefer anser att det pågående omställningsarbetet inom hälso- och sjukvården är en av de viktigaste insatserna för att öka tillgängligheten.

## **Sjukhusstyrelsernas åtgärder**

Granskningen har visat att samtliga sjukhusstyrelser arbetar med produktionsplaner. Sjukhusförvaltningarna har en organisation för att arbeta med framtagna produktionsplaner och samverkar inom den Regionala särskilda tillgänglighetsledningen. Revisionen noterar att det inte finns några väsentliga skillnader i sjukhusens arbetssätt vad gäller planering och uppföljning. Professionen har ett tydligt utpekad ansvar för följsamhet mot produktionsplan.

## **Styrelsen för NU-sjukvården**

I enkätsvar svarar styrelsen för NU-sjukvården att styrelsens viktigaste styrdokument är den årliga förvaltningsplanen. Förvaltningsplanen följs upp på varje styrelsemöte och förvaltningen redovisar eventuellt behov av justerande styrelsebeslut.

Produktionsplanering och bemanning utgör till de största delarna verkställighetsbeslut. Tillgänglighetsmedel och medel via Regional särskild tillgänglighetsledning används till körtning genom att medarbetare på frivillig basis arbetar på kvällar och helger för att öka produktionen. Ett verktyg för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet är att skicka lämpliga patienter till Sjukhusen i väster. Samverkan syftar till att nyttja den samlade kapaciteten såväl internt som externt på bästa möjliga sätt.

## **Styrelsen för Sjukhusen i väster**

I enkätsvar svarar styrelsen för Sjukhusen i väster att förvaltningen har ett produktionsuppdrag fördelat på grunduppdrag, tilläggsuppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnder och ett riktat regionalt uppdrag från regionstyrelsen. Förvaltningen beskrivs arbeta aktivt för att omhänderta uppdraget och styr resurstilldelning så att uppdraget genomförs enligt plan. Förvaltningsledningen beskriver att verksamheterna har ett

ansvar för produktion och tillgänglighet, vilket hanteras i den dagliga verksamhetsstyrningen. Prioriteringen ligger på en medicinsk nivå och på den medicinska professionen. Sjukhuset gör mer när det är möjligt. När produktionsplan inte kunnat nå anger förvaltningsledningen att de haft dialog med ägarutskottet samt att åtgärdsplaner har tagits fram. Styrelsen följer upp uppdragets resultat varje månad och förvaltningsledningen följer det veckovis. I det riktade uppdraget till Alingsås lasarett har sjukhuset nära samverkan med de andra förvaltningarna för att säkra uppdraget.

## **Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus**

I enkätsvar lyfter styrelsen för Skaraborgs Sjukhus fram beslut om handlingsplan för ekonomi och verksamhet i balans 2021 som ett medel för ökad produktion. Styrelse och sjukhusledning har på styrelsens initiativ genomfört workshop om produktionsläge och produktions- och kapacitetsplanering. På varje styrelsemöte följs produktionsuppdrag och återrapporeras förbättringsarbetet för ökad produktivitet. Åtgärdsplaner har fokus på produktionsplanering.

Förvaltningsledningen anger att styrelsen är aktiv och vill vara med i arbetet för att följa produktiviteten. Styrelsen har tagit fram egna nyckeltal för att följa produktion för sjukhuset. Förvaltningsledningen har veckovisa möten med verksamhetschefer för att följa produktionen. Sjukhuset har startat en produktionsenhet som stöttar verksamheterna med den praktiska produktionsplaneringen. Förvaltningsledningen anger att sjukhuset har genomfört särskilda tillgänglighetssatsningar när de har haft kapacitet att producera mer. Förvaltningen anger att medicinska prioriteringen har styrt vad sjukhuset har gjort under och efter pandemin. För att prognostisera det uppdämda vårdbehovet har alla verksamheter ett Power BI-verktyg för att utläsa avvikelser mellan uppdrag, inkomna remisser och planering. Varje verksamhetsområde arbetar på lite olika sätt.

Förvaltningsledningen beskriver att sjukhuset har en god samverkan med primärvård och kommunerna i Skaraborg. Sjukhuset samarbetar med primärvården och har utarbetade dialogformer för att effektivisera vården och se till att patienter får vård på rätt vårdnivå. Förvaltningsledningen anger att sjukhusets samverkan med kommunerna i Skaraborg påverkar hur det ser ut på sjukhusets vårdplatser, till exempel gällande utskrivningsklara patienter vilket även påverkar sjukhusets arbetsmiljö.

## **Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

I enkätsvar beskriver Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att de har ett sjukhusövergripande arbete med att korta väntetiderna. Styrelsen anger att det behövs kontinuerligt arbete för att utveckla och anpassa arbetsmetoder till den senaste medicinska och tekniska utvecklingen.<sup>25</sup> Sjukhuset har inrättat ett centralt produktionskontor med uppgift att samordna det elektiva och akuta produktions-

---

<sup>25</sup> Diarienummer SU 2020-05700 och diarienummer SU 2021-03116.

uppdraget avseende produktions- och kapacitetsplanering, resursbehov/schema-läggning och uppföljning.

Förvaltningsledningen anger att sjukhuset inte bara kan styra mot köer; sjukhuset har att förhålla sig till hela uppdraget och uppdraget som är stipulerat i hälso- och sjukvårdslagen.

Sjukhuset anger att ett projekt har startats upp för att kartlägga öppenvårdens resurser.<sup>26</sup> Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samverkar sedan ett antal år tillbaka med Sjukhusen i väster, framför allt Angereds Närsjukhus och Frölunda Specialist-sjukhus. Sahlgrenska Universitetssjukhuset förser Sjukhusen i väster med patienter och opererande läkare, och Sjukhusen i väster möter upp med övrig kapacitet. Prestation och intäkt tillfaller Sjukhusen i väster, och Sahlgrenska Universitetssjukhuset ersätts för de kostnader som hänförs till insatsen. Exempel på verksamhet på Angereds Närsjukhus är barnkirurgi, kirurgi, ortopedi och urologi – och på Frölunda Specialist-sjukhus, gynekologi.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset bistår/stödjer flera förvaltningar inom Västra Götalandsregionen med insatser, exempelvis vid kompetensbrist där ett exempel är överenskommelse med Södra Älvsborgs Sjukhus där Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bistått med hemodialyser.

## Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

I enkätsvar anger styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att de i samband med behandling av vårdöverenskommelsen 2022–2023<sup>27</sup> och detaljbudget för 2022<sup>28</sup> har beslutat om dimensionering av sjukhusets kapacitet som tillsammans med köpt vård ska omhänderta det uppdämda vårdbehovet efter covid-19-pandemin. Uppföljning sker månadsvis till styrelsen via månadsrapporten.

Arbetet med tillgänglighetsplanering och lastbalansering (fördelning efter tillgänglig kapacitet) görs regiongemensamt, i samarbete med berörda förvaltningar. Kortsiktiga förändringar under året hanteras löpande i form av uppdrag inklusive fastställande av behov av köpt vård. När regionens övergripande produktionsplan är uppfylld, bedöms tillgänglighetsmålet vara uppnått. På Södra Älvsborgs Sjukhus koordinerar tillgänglighets- och produktionschef sedan årsskiftet det interna produktions- och tillgänglighetsarbetet inom respektive verksamhetsområde (nio till antalet) där samordning mellan verksamhetsområdena sker i styrråd (fem till antalet). Måluppfyllelsen följs upp av styrelsen månadsvis och i delårsrapport.

---

<sup>26</sup> Diarienummer SU 2022-00324.

<sup>27</sup> Diarienummer SÄS 2021-00870.

<sup>28</sup> Diarienummer SÄS 2021-01003.

Södra Älvsborgs Sjukhus tar emot patienter på Operationscentrum Skene, från Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd<sup>29</sup>, inom kirurgi och ortopedi. Operationscentrum Skene tar även emot handkirurgi från hela regionen. Södra Älvsborgs Sjukhus har fått hjälp från övriga regionen inom till exempel dialysverksamhet och urologi. Inom ramen för närvårdssamverkan Södra Älvsborg bedriver styrelsen såväl som förvaltningen arbete med att påskynda omställningen.

På uppdrag av koncernstab hälso- och sjukvård bedriver Södra Älvsborgs Sjukhus ett projekt med digital ortopedkonsult. Projektets huvudsyfte är att korta väntetiderna för patienter med ortopediska besvär genom att erbjuda digital ortopedkonsultation till primärvården. Utifrån detta projekt ser styrelsen en potential i att överföra de digitala arbetsätten även till andra specialiteter. Övriga exempel som vidtagits utifrån resultat i tillgänglighetsrapporteringen är särskild satsning på barnmorskor, dygnetruntvården och uppföljning av första besök.

## Uppföljning och beslut vid bristande måluppfyllelse

### Månadsrapporter och regional rapportering

Samtliga styrelser har tillgång till den regionala väntetidsrapporteringen. Alla sjukhus sammanställer månatligen aktuell väntetidsstatistik med jämförelser mot föregående månad. Analyserna uttrycks i termer av bättre än föregående jämförelseperiod och i förekommande fall att väntetiderna måste kortas. Granskningen har visat att flera av sjukhusstyrelserna hanterar tillgänglighetsrapporteringen som informationsärende och att besluten som regel är att notera informationen. Granskningen har även visat att regionstyrelsens ägarutskott hanterar tillgänglighetsrapporteringen som ett beslutsärende, men att informationen i tjänsteutlåtandet är kortfattad. Granskningen har även visat att utfall av tillgänglighetsrapporteringen inte redovisas i ägarutskottets protokoll.<sup>30</sup> För produktionsutfallet för första besök och operation/åtgärd finns omfallsplaneringen för Regional särskild tillgänglighetsledning i vilken kan följas planering, prognos och utfall i Power-BI. Denna produktionsstatistik redovisas för sig och ställs där inte i relation till väntetid.

Granskningen har visat att sjukhusstyrelsernas presidier i samband med höstens dialogmöten med revisorskollegiet har verifierat att respektive styrelse fått den information som den behöver för att vidta åtgärder vid bristande måluppfyllelse. Sjukhusstyrelserna anger vidare att de inte har beslutat om åtgärder eller uppdrag med anledning av tillgänglighetsrapporteringen, med motiveringen att styrningen behöver vara långsiktig. Vid dialogmöten och enkätsvar framgår även att sjukhusstyrelserna inte tror på att förändra under pågående år genom att justera i uppdragen eller utdela nya uppdrag.

---

<sup>29</sup> Diarienummer HSN 2022-00012.

<sup>30</sup> Exempel protokoll ÄU §74 RS 2022-00072. Beslutsunderlag tjänsteutlåtande daterat 2022-08-22.

Vid sjukhusstyrelsernas uppföljning finns inga beslut som påtalar att vårdgarantin enligt lag måste följas. Granskningen har inte visat att ansvarsutkrävandet vid bristande tillgänglighet synliggörs i styrelsernas protokoll. Inga uppföljande uppdrag är protokollförda för någon sjukhusstyrelse under året. Granskningen har visat att den politiska styrningen omfattar ett utdelat uppdrag till förvaltningarna genom vårdöverenskommelser, budget och beslutade verksamhetsplaner. Det är viss variation i utformningen av beslut till förvaltningen.

## **Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen**

Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen anger i enkätsvar att de löpande får information om hur köerna utvecklas, samt föredragningar om åtgärder som hanteras i forumen kopplade till tillgänglighetsarbetet. Utöver tillgänglighetsmått följs även processmått som produktionsplaner för sjukhusens produktion för planerad vård, leveransplaner till privata vårdgivare, fördelning av högprioriterad vård, remissinflöden, uteblivna besök, andel digitala besök med mera. Vid intervju med tjänsteperson på Koncernkontoret beskrivs att produktivitetmått kopplat till exempelvis operationssalar och mottagningsverksamhet följs upp i controller-funktionen.

Planerna och tillgängligheten följs per utförare, samt patientgrupp så som medicinskt vårdområde<sup>31</sup> som gjorts inför 2022 med hänsyn tagen till att möta behovet och nå vårdgarantin. Samtliga mått följs upp per uppföljningsområde och utförare men även regionalt. Uppföljningsmått i tillgänglighetsrapporteringen svarar för detta behov. Det framgår inte av regionstyrelsens protokoll att ytterligare åtgärder vidtagits. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beskriver, i enkätsvar, uppföljningen av måluppfyllelsen med samma svar som regionstyrelsen.

## **Styrelsen för NU-sjukvården**

I enkätsvar anger styrelsen för NU-sjukvården att de använder sig av en samlad månatlig återrapportering. Rapporteringen innehåller ett stort antal mått som är viktiga för produktion och tillgänglighet. Exempel på mått är intäkter för produktion, tillgängliga personalresurser, produktivitetspåverkande faktorer som beläggning, inflöde på akuten, utskrivningsklara patienter med flera, ett urval av produktivitet-faktorer. Granskningen har visat att styrelsens beskrivning omfattar mått relaterade till produktion och att styrelsen anger att den samlade planerade kapaciteten är tillräcklig både för att möta behoven 2022 samt tidigare uppdämda behov.

## **Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset anger i enkätsvar att de i beslutad månadsrapportering följer sjukhuset inflöde av remisser och akutsökande, genom-

---

<sup>31</sup> Regional behovsanalys diarienummer RS 2021-01599.

förande av beslutade produktionsuppdrag samt utveckling av antalet väntande till första besök och operation. Sjukhuset följer även beslutade särskilda tillgänglighets-satsningar såsom kvälls- och helgmottagningar och antal operationer som sjukhusets särskilda mobila operationsteam utför. Sjukhuset har också en etablerad vecko-uppföljning av 2022 års uppdrag, första besök, där ansvarig chef rapporterar skriftligt samt numera även fysiskt avstämningsmöte till sjukhusdirektör. Respektive enhet för Anestesi-Operation-Intensivvårdsavdelning<sup>32</sup> har i uppdrag att veckovis rapportera öppna respektive stängda operationssalar, nyttjandegrad och antal genomförda operationer i relation till planerade operationer.

Alla berörda områdeschefer/verksamhetschefer har i uppdrag att värdera hela kön/planeringslistan/antal väntande patienter kontinuerligt och försöka erbjuda så många som möjligt vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset eller hos annan vårdgivare.

## **Styrelsen för Sjukhusen i väster**

I enkätsvar anger styrelsen för sjukhusen i väster att de följer upp produktionen och effekter av åtgärder löpande. Månadsrapport och muntlig återkoppling vid styrelse-möten är primära källor till uppföljning. Styrelsen har inte beslutat om egna uppföljningsmått utöver indikatorer i tillgänglighetsrapportering. Styrelsen anger att verksamhetschef är ansvarig för produktionsresultat och att åtgärder beslutas, genomförs och följs upp enligt uppdrag från förvaltningschef. Styrelsen för Sjukhusen i väster anger vidare att sjukhusets modell för förvaltningsövergripande produktionsstyrning med produktionsplaneringsansvar inom verksamheten bidrar till att säkra att åtgärdsplaner omhändertar differenser mellan utfall och plan genom till exempel extramottagningar och mottagningsformer för en högre produktivitet.

## **Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus**

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus anger i enkätsvar att de följer upp ett antal indikatorer för 2022 samt produktivitetmått (total personalkostnad/total produktion). På varje styrelsemöte görs uppföljning av måltal för antal besök/medarbetare. Vidare beskriver styrelsen att för barn- och ungdomspsykiatri har styrelsen beslutat om måltal och särskild uppföljning med redovisning vid varje styrelsemöte. På varje styrelsemöte redovisas också uppföljning av produktionsutfall (jämförelse mot uppdrag samt mot föregående år) och måluppfyllelse för vårdgaranti, antal väntande totalt samt över vårdgarantigräns. Det görs också en rapportering av förbättrings-arbetet för ökad produktivitet.

Styrelsen anger att vid behov begärs särskild redovisning av utvalda verksamheter eller delar av verksamheter. Det senaste året har detta skett bland annat för

---

<sup>32</sup> Förkortas ofta An-OP-IVA och är avdelningar som ger patienter hjälp inför operation eller vid behov av akut hjälp.

förlossningsvården, barn- och ungdomspsykiatri samt neonatalvården. I styrelsens plan för intern styrning och kontroll för 2022 är tre av sju risker faktorer som påverkar tillgänglighet och det uppdämda vårdbehovet. Dessa risker följs upp med särskilda kontrollpunkter.

## Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

I enkätsvar anger styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att den löpande följer upp tillgänglighetsarbetet i månadsrapporten och tar stöd av Regional särskild tillgänglighetsledning. Även särskilda regelbundna interna överläggningar med fördjupad diskussion i ämnet sker under året. Ett par gånger per år gör verksamheterna en uppskattning av vårdbehovet utifrån givna mallar från Koncernkontoret som blir en del av underlag till vårdöverenskommelse och för detaljbudget.

## Bedömning

Granskningen visar att den regionala rapporteringen av tillgänglighet visar på bristande måluppfyllelse ställt till vårdgarantin, men även på regionala ojämlikheter då måluppfyllelsen skiljer sig mellan sjukhusen. Granskningen visar även att styrelserna samlat arbetar genom Regional särskild tillgänglighetsledning för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet och uppfylla tillgänglighetsmålet. Trots samlade insatser har dessa inte gett förväntad effekt. Revisionen gör bedömningen att styrelserna bör stärka styrningen för att nå uppsatta tillgänglighetsmål, då vårdgarantin ska ses som en yttersta tidsgräns och inte som en målsättning.<sup>33</sup> Bedömningen är vidare att analyserna om tillgänglighet ur patientperspektiv kan utvecklas avseende måluppfyllelse ställt till vårdgarantin.

Granskningen visar fortsatt att flera förvaltningschefer anser att det pågående omställningsarbetet inom hälso- och sjukvården är en av de viktigaste insatserna för att öka tillgängligheten. Dock noteras att ett fåtal beslut eller åtgärder kring omställningen är vidtagna under året. Vår bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

Revisionen gör bedömningen att en adekvat tillsyn för att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin behöver komma till stånd och att handlingsplaner som upprättas för att nå mål behöver tydligt tidplaneras och vara av sådan karaktär att de är realistiska att genomföra. Vår bedömning är att arbetet behöver intensifieras. Regionstyrelsen och styrelsen för NU-sjukvården anger att tillgänglighetsmålet ska uppnås 2022/2023. Revisionens bedömning är att det inte framgår tydligt hur detta ska ske. Revisionen bedömer att prognosen sammantaget inte speglar troligt utfall baserat på den regionala uppföljningen av måluppfyllelse för väntetider.

---

<sup>33</sup> Vägen till ökad tillgänglighet SOU 2022:22.

## Regionstyrelsen

Nedan följer revisionens sammanfattande bedömning för regionstyrelsen utifrån granskningens revisionsfrågor.

- Har regionstyrelsen i tillräcklig omfattning planerat och styrt för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov? Svar: Delvis.

Regionstyrelsen har ställt till kommunallagen<sup>34</sup> att säkerställa att vårdgarantin uppfylls. Revisionen bedömer att regionstyrelsen vidtagit ett antal åtgärder för samordning av utnyttjandet av de regionala resurserna för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Resurser och beslutsmandat har samlats inom den Regionala särskilda tillgänglighetsledningens uppdrag. Revisionen bedömer att regionstyrelsen genom vidtagna åtgärder har tagit sitt samordningsansvar ställt till reglementet.

Vi bedömer dock att regionstyrelsen inte har agerat vid information om att sjukhusstyrelserna inte har beslutat om ytterligare åtgärder, trots information om bristande måloppfyllelse ställt till vårdgarantin. Det framgår inte av regionstyrelsens protokoll att ytterligare åtgärder vidtagits. Regionstyrelsen har därmed brustit i sin uppsiktsplikt. Rapporteringen till regionstyrelsen gällande tillgänglighetsarbetet har till stora delar varit muntlig, varför allmänhetens insyn har begränsats. Vi bedömer att regionstyrelsen bör säkerställa allmänhetens rätt till insyn enligt offentlighetsprincipen. Regionstyrelsen bör även utveckla kommunikationen för att stärka kännedomen om vårdgarantin ställt till hälso- och sjukvårdslagen.<sup>35</sup>

- Har regionstyrelsen i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot uppsatta tillgänglighetsmål? Svar: Delvis.

Regionstyrelsen har genom uppdrag till regiondirektör, Regional särskild tillgänglighetsledning och samordningsråd pekat ut verksamhetens ansvar. Regionstyrelsen har också genom beslut uppmanat sjukhusstyrelserna att avropa mer vård efter beslutad tilldelad volym enligt de avtal som Västra Götalandsregionen har upphandlat. Styrningen har siktat mot produktionsmål och upphandling av produktion. Granskningen har inte funnit att uppföljning genomförts för att analysera effekterna avseende medicinsk prioritering av köpt vård. Revisionen bedömer att prioritering som avviker från principen om att störst medicinskt behov ska få vård först, inte är förenlig med hälso- och sjukvårdslagens<sup>36</sup> intentioner om behovsprincipen. Revisionen gör

---

<sup>34</sup> Kommunallag (2017:725) 6 kap. §§ 1, 6.

<sup>35</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 9 kap 1§.

<sup>36</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 3 kap 1§.

bedömningen att regionstyrelsen bör säkerställa att prioritering i produktionsplanering utgår från hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip.

För att tillse att regionstyrelsen fullgjort sitt ansvar enligt kommunallagens krav<sup>37</sup> behöver en adekvat tillsyn för att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin komma till stånd. Handlingsplaner för att nå mål behöver tydligt tidplaneras och vara av sådan karaktär att de är realistiska att genomföra.

- Har information och återkoppling beträffande måluppfyllelse varit ändamålsenlig, och har regionstyrelsen agerat vid bristande måluppfyllelse? Svar: Nej.

Granskningen har visat att den regionala rapporteringen av tillgänglighet visar på bristande måluppfyllelse ställt till vårdgarantin men även på regionala ojämlikheter då måluppfyllelsen skiljer sig mellan sjukhusen. Ställt till regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar i respektive reglemente är ansvarsfördelningen mellan de båda styrelserna otydlig. Regionstyrelsen har inte fattat uppföljande beslut under året när brister i tillgänglighet rapporterats. Regionstyrelsen har gjort bedömningen att tillgänglighetsmålet ska uppnås 2022/2023. Revisionen bedömer att det inte framgår tydligt hur detta ska ske.

## Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Nedan följer revisionens sammanfattande bedömning för hälso- och sjukvårdsstyrelsen utifrån granskningens revisionsfrågor.

- Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen i tillräcklig omfattning planerat och styrt för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov? Svar: Delvis

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ställt till reglemente och hälso- och sjukvårdslagen att säkerställa att vårdgarantin uppfylls. Granskningen har visat att hälso- och sjukvårdsstyrelsen anger att planering och styrning främst tas omhand av regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna utifrån deras särskilda tillgänglighetsuppdrag. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsstyrelsen ställt till reglementet inte fullt ut tagit sitt ansvar. Även om beslut relaterade till Regional särskild tillgänglighetsledning delvis styrt om i verksamhetsledning, fråntar inte dessa beslut hälso- och sjukvårdsstyrelsen det ansvar som utpekats genom reglementet. Revisionen bedömer dock att hälso- och sjukvårdsstyrelsen har samverkat med övriga styrelser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov.

---

<sup>37</sup> Kommunallagen kap 6 1 § ”Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.”

- Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot uppsatta tillgänglighetsmål? Svar: Delvis.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ställt till reglemente ansvar för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor ur ett befolknings- och regionövergripande systemperspektiv. Ställt till hälso- och sjukvårdsstyrelsens och regionstyrelsens ansvar i respektive reglemente är ansvarsfördelningen mellan de båda styrelserna otydlig. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsstyrelsen i sin styrning inte med tydlighet pekat ut vårdgarantimål som absoluta. Vidare är bedömningen att hälso- och sjukvårdsstyrelsen bör utveckla kommunikationen för att stärka kännedomen om vårdgarantin ställt till hälso- och sjukvårdslagen.<sup>38</sup>

- Har information och återkoppling beträffande måluppfyllelse varit ändamålsenlig, och har hälso- och sjukvårdsstyrelsen agerat vid bristande måluppfyllelse? Svar: Delvis.

Granskningen har visat att den regionala rapporteringen av tillgänglighet visar på bristande måluppfyllelse ställt till vårdgarantin men även på regionala ojämlikheter då måluppfyllelsen skiljer sig mellan sjukhusen. Den regionala rapporteringen beskriver aktuellt läge för regionen och förvaltningarna. Bedömningen är att analyserna om tillgänglighet ur patientperspektiv kan utvecklas avseende måluppfyllelse ställt till vårdgarantin.

## Sjukhusstyrelserna

Nedan följer revisionens sammanfattande bedömning för styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus utifrån granskningens revisionsfrågor.

- Har sjukhusstyrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov? Svar: Delvis.

Revisionen bedömer att sjukhusstyrelserna har vidtagit ett antal åtgärder för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har visat att styrelserna samlat arbetar för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet och uppfylla tillgänglighetsmålet. Trots samlade insatser har dessa inte gett förväntad effekt. Revisionen gör bedömningen att arbetet med att omhänderta det uppdämda vårdbehovet behöver intensifieras.

---

<sup>38</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 9 kap 1§.

Granskningen har visat att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger att omställningsarbetet till nära vård är avgörande för att nå tillgänglighetsmålet. Revisionen har sett sparsamt med beslut och åtgärder gällande omställningen. Bedömningen är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

- Har sjukhusstyrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot uppsatta tillgänglighetsmål? Svar: Delvis.

Revisionen bedömer att styrelserna inte med tydlighet pekat ut vårdgarantimål som absoluta. Revisionen gör bedömningen att styrelserna kan förtydliga kommunikationen om vårdgarantin ställt till hälso- och sjukvårdslagens<sup>39</sup> krav. Revisionen bedömer att beslut om samordning och regional kapacitetsplanering har skapat möjlighet till regional omfördelning av resurser under pandemin. Revisionen bedömer vidare att det medfört att sjukhusstyrelserna förlitat sig på verksamhetens styrning genom Regional särskild tillgänglighetsledning. Med det menar vi att sjukhusstyrelserna inte fullt ut tagit sitt ansvar ställt till reglemente och kommunallag.<sup>40</sup> Revisionen gör bedömningen att styrelserna bör stärka styrningen för att nå uppsatta tillgänglighetsmål då vårdgarantin ska ses som en yttersta tidsgräns och inte som en målsättning.

- Har information och återkoppling beträffande måluppfyllelse varit ändamålsenlig, och har sjukhusstyrelserna agerat vid bristande måluppfyllelse? Svar: Nej.

Revisionen bedömer att styrelserna inte har agerat under 2022 vid rapport om bristande måluppfyllelse ställt till kommunallagens<sup>41</sup> krav och styrelsernas reglementen. Styrelserna har fortsatt att arbeta enligt lagd plan utan att besluta om justerande åtgärder med motiveringen att planeringen måste vara långsiktig. Mot bakgrund av långvariga brister i tillgänglighet, även innan pandemin, är revisionens bedömning att samtliga sjukhusstyrelser inte i tillräcklig omfattning har planerat och styrt mot lagstadgad vårdgaranti.

---

<sup>39</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 3 kap. 1 §.

<sup>40</sup> Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6§.

<sup>41</sup> Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6§.

## Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla tillsyn, uppföljning och analys av efterlevnaden av lagstadgad vårdgaranti.
- Revisionen rekommenderar hälso- och sjukvårdsstyrelsen att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.
- Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.



[www.vgregion.se](http://www.vgregion.se)