

2023-03-29

Granskning av regionens styrelser 2022 (utom regionstyrelsen)

I det här dokumentet hittar du revisionsberättelser och årsrapporter för regionens styrelser.

1. Hälsa- och sjukvårdsstyrelsen
2. Naturbruksstyrelsen
3. Styrelsen för folkhögskolorna
4. Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård
5. Styrelsen för Habilitering & Hälsa
6. Styrelsen för kulturutveckling
7. Styrelsen för NU-sjukvården
8. Styrelsen för Närhälsan
9. Styrelsen för Regionhälsan
10. Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
11. Styrelsen för sjukhusen i väster
12. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
13. Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus
14. Tandvårdsstyrelsen

Diarienummer: REV 2022-00039

Revisionsberättelse 2022 för hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00039

2023-03-29

Revisionsrapport: Hälso- och sjukvårdsstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022–00039

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Maria Gabrielsson Fredrikson och Evelina Halse

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån PwC

Kvalitetsgranskare: Revisionsdirektör Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	6
Utgångspunkter för granskningen	7
Styrelsens ansvar	7
Regionens budget	7
Revisionens granskning.....	8
Grundläggande granskning.....	11
Granskning av måluppfyllelse.....	11
Granskning av styrning och intern kontroll.....	19
Fördjupad granskning.....	21
Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	21
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	23
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	23
Granskning av delårsbokslutet	24
Granskning av årsbokslutet	24
Uppföljning av rekommendationer.....	25
Uppföljning av granskning om psykisk ohälsa	25
Uppföljning av granskning om principer för budget- och ekonomistyrning.....	25
Uppföljning av intern styrning och kontroll.....	26
Det kommunala ansvarssystemet.....	27
Revisionen i korthet.....	28
Västra Götalandsregionen i korthet.....	29

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

På nästa sida hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Information avseende ny politisk organisation

Under 2022 fattades beslut om en ny politisk organisation för mandatperioden 2023–2026. Detta innebär för hälso- och sjukvårdsstyrelsen att den upphör per den 31 december 2022. Samtliga rekommendationer kommer efter årsskiftet att hanteras av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden alternativt strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden eller de delregionala nämnderna. Vid oklarhet avseende vilken nämnd som kommer att ansvara för rekommendationen kommer den att riktas till regionstyrelsen. Vi avser att följa upp rekommendationerna under år 2023.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av intern styrning och kontroll	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla sambandet mellan antagna risker och kontrollmoment (2022)
Fördjupad granskning avseende hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti (2022)
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	Revisionen rekommenderar styrelsen att tillämpa beloppsgränser vid beslutsattest utifrån gällande riktlinje (2022)
Fördjupad granskning avseende psykisk ohälsa, uppföljning av rekommendation	Samtliga styrelser rekommenderas att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykiska ohälsa för barn och unga för att nå vårdgaranti och tillgänglighetsmål (2021)

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är enligt reglementet Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är systemägare för den samlade regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. Systemägarskapet innebär ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Det innebär också att bevaka och initiera långsiktiga utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier för den regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen initierar eller beslutar om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. I systemansvaret ingår att säkerställa invånarnas tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård så att lagar och regler om tillgänglighet uppfylls.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett ansvar att följa upp och till regionfullmäktige rapportera hur det regionfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet i Västra Götalandsregionen svarar upp mot dess övergripande mål. Hälso- och sjukvårdsnämndernas uppföljning av vårdöverenskommelser, vårdval och andra relevanta uppföljningar ska ligga till grund för hälso- och sjukvårdsstyrelsens rapportering.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om ett eget mål för 2022.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsred i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallag (2017:725)
- Förvaltningslag (2019:900)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budget 2022 samt plan för ekonomin år 2023–2024 för Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2021–02700)
- Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnd/hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2018–03535)
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2019–02491)
- Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2017–02037).

Övriga styrande dokument:

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2017–05267)
- Ärendehandbok – riktlinjer för ärendeberedning inom Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2017–02773)
- Riktlinje Attest och utanordning (diarienummer RS 2017–02666)
- Rutin för nämnders och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (diarienummer RS 2021–06437)
- Rutin för avgående nämnders avslutande rapportering 2022 (diarienummer RS 2022–03798)
- Kompletterande rutin för avgående nämnders avslutande rapportering 2022 (diarienummer RS 2022–05236).

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen.²

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.

I budget 2022 valde hälso- och sjukvårdsstyrelsen ut ovanstående av regionfullmäktiges mål som inriktas mot hälso- och sjukvård. Till dessa mål formulerades nio fokusområden med tillhörande aktiviteter.

Styrelsen har arbetat med och följt de mål som regionfullmäktige beslutat om i budget. Styrelsen har inte använt sig av möjligheten att besluta om ytterligare ett eget mål. Uppföljning av målen har skett vid delårsrapporter samt årsbokslut, enligt beslutad riktlinje för koncernen. Styrelsen har kommenterat utfallet, tagit fram en analys av resultatet och beskrivit eventuella avvikelser samt beskrivit hur arbetet med målet måste gå vidare om målet inte uppnås. En tregradig skala har använts för att bedöma måluppfyllelse avseende mål och fokusområden. Aktiviteter har beslutats som stödjer målarbetet och processen med att nå de fastställda målen. Aktiviteterna har även de följts upp löpande.

Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

Styrelsen bedömer att målet delvis har uppnåtts.

Styrelsen anger att det under året fortsatt inneburit en hög belastning på verksamheterna och en hög medelbeläggning inom somatisk slutenvård. Även trycket på kommunal hälso- och sjukvård har varit högt. Det har varit angeläget att upprätthålla den högst prioriterade vården vilket har hanterats genom ett bra samarbete över förvaltningsgränser. Den fortsatta satsningen på och utvecklingen av mobil närvård har varit central.

Styrelsens arbete på det regionala planet tar stöd av Färdplan – länsgemensam strategi för en god och nära vård, som avser tiden från och med 2023. Färdplanen är beslutad i Västra Götalandsregionen men ännu inte av kommunerna.

Styrelsens uppföljning visar att den medicinska kvaliteten under pandemin generellt inte försämrats, trots ansträngda förhållanden. Rapporteringen visar till exempel på en viss förbättring av resultaten inom diabetesvård respektive barn och ungdomars hälsa under första halvåret 2022.

Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka

Styrelsen bedömer att målet delvis har uppnåtts.

Tillgänglighet till operation/behandling och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ökat jämfört med föregående år, dock i en lägre takt än planerat. Tillgängligheten till förstabesök har dock minskat jämfört med föregående år.

Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård

Styrelsen bedömer att målet delvis har uppnåtts.

Primärvården är navet i den nära vården och målsättningen med omställningen och den nära vården är att insatser för patienterna ska utföras på lägsta och mest effektiva omhändertagande nivå. Primärvården har ett samordningsansvar där fast läkarkontakt och fast vårdkontakt bidrar till trygghet och samordning. Vårdvalsenheterna, både egenregi och privata har arbetat med att öka tillgängligheten och möta patienternas behov.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Styrelsen bedriver ingen egen verksamhet utan har ett uppdrag som Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ. Styrelsen är enligt reglementet systemägare för den samlade regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. Systemägarskapet innebär ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Det innebär även att bevaka och initiera långsiktiga utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier för den regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. Styrelsen ska enligt reglementet även samråda med och samordna hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningsarbete. Vidare ska styrelsen ansvara för vissa beställningar bland annat de som inte ingår i hälso- och sjukvårdsnämndernas uppdrag och samordna vårdöverenskommelser gällande högspecialiserad vård.

Styrelsen har under mandatperioden haft fyra beredningar: omställnings- och samordningsberedningen, prioriteringsberedningen, psykiatriberedningen och vårdvalsberedningen.

Styrelsen har utifrån ansvar i reglemente bland annat beslutat om:

- Förändringar av Krav- och kvalitetsbok för Vårdval Rehab samt Vårdval Vårdcentral 2022–2023
- Etablerande av regionalt donationscenter i Västra Sjukvårdsregionen³
- Reviderad handlingsplan för ökad patientsäkerhet

³ Västra Sjukvårdsregionen omfattar Västra Götalandsregionen och norra delen av Region Halland (kommunerna Falkenberg, Varberg och Kungsbacka).

Därtill har styrelsen genomfört uppföljning med anledning av covid-19-pandemin, beslutat om uppdrag inom flera områden samt haft särskilt fokus kring samordning av förlossningsvården i Västra Götalandsregionen. Utifrån beslutad modell har styrelsen vid tre tillfällen under året beslutat om ordnat införande, vilket är en process där nya läkemedel och medicinska metoder med god patientnytta implementeras i rutinsjukvården i regionen.

Samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnderna har bland annat skett genom omställnings- och samordningsberedningen vars uppdrag har varit att bidra till kraft i genomförandet av Strategi för omställning av hälso- och sjukvården samt att samordna arbetet med vårdöverenskommelserna. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har under året beslutat om kompletteringar till anvisningar gällande vårdöverenskommelsearbetet för 2022–2023.

Psykiatriberedningen har haft ansvar för att bereda strategiska frågor om hälso- och sjukvård samt främjande och förebyggande insatser inom området psykisk hälsa och ohälsa. Beredningen har bland annat följt arbetet med "En väg in" och utvecklingen av köerna till barn- och ungdomspsykiatri, implementering av tilläggsuppdrag Ungas psykiska hälsa inom Vårdval Vårdcentral och utvecklingen inom den rättspsykiatriska vården.

Under 2021–2022 har hälso- och sjukvårdsstyrelsen tecknat överenskommelser som gäller även för 2023. I preliminärt årsbokslut gör styrelsen en sammanställning över tecknade överenskommelser för att säkerställa överlämningen i samband med ny politisk organisation. Styrelsen har under året yttrat sig över ett flertal remisser samt berett ansökningar inför beslut i regionstyrelsen gällande nationell högspecialiserad vård.

Omställningen av hälso- och sjukvården

Regionfullmäktige tog i maj 2017 beslut om en strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen. Beslutet sträckte sig till och med 2022 och var indelad i fyra områden: utveckla den nära vården, koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet, utveckla digitala vårdformer och tjänster samt fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Därefter gav hälso- och sjukvårdsstyrelsen uppdraget att ta fram en utvecklingsplan för hälso- och sjukvården för barn och unga, det regionala barnuppdraget.

I enlighet med strategin från år 2017 ska hälso- och sjukvårdsstyrelsen ta fram en årlig handlingsplan kring åtgärder och initiativ för att utveckla hälso- och sjukvården i den önskvärda inriktningen utifrån omställningens områden. Under perioden 2017–2021 har en del av tilldelade medel överförts till permanent finansiering av konkreta satsningar och förstärkningar i linje med omställningens intentioner, framför allt till vårdval vårdcentral.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har via omställnings- och samordningsberedningen tagit fram förslag till förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. I uppdraget angavs vilka delområden som ska ingå i strategin:

- nära vård
- digitala vårdformer och tjänster
- kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensutveckling
- hälso- och sjukvårdens prioriteringar
- omställning av hälso- och sjukvården för barn och unga.

Regionfullmäktige tog den 29 november 2022 beslut om den förnyade strategin för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027, dnr RS 2022–04772.

Förslaget har varit ute på remiss hos berörda nämnder och styrelser och ska ses som en fortsättning av den ursprungliga strategin som fastställdes av regionfullmäktige 2017 och innebär en ambitionshöjning i genomförandet av omställningen. Strategin, som är av övergripande karaktär, ska kompletteras med regionövergripande planer för genomförandet.

Prioriteringar har lyfts in i arbetet med den förnyade strategin för omställningen av vården, och området lyfts där som ett av de viktigaste områdena att fokusera på för att lyckas med omställningen. Inom det fortsatta arbetet med omställning kommer Västra Götalandsregionen att successivt tillämpa en modell för horisontella jämförelser av befintliga metoder och arbetsätt inom bredare medicinska områden, och fortsatt arbeta för utmönstring av icke värdeskapande metoder och arbetsätt.

Styrelsen har arbetat med omställningen av hälso- och sjukvården enligt reglementet samt tagit fram och berett en fortsättning på strategin från år 2023. Via arbetet i omställnings- och samordningsberedningen har man med hälso- och sjukvårdsnämnderna stämt av både pågående utveckling och den kommande strategin. Strategin har efter remissomgången justerats i enlighet med de förslag som kom in.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Styrelsens resultat för verksamhetsåret 2022 är 283,0 miljoner kronor. Styrelsen har uppfyllt målet om en ekonomi i balans.

Delårsrapport per april

Det ekonomiska utfallet för perioden uppgår till 185 miljoner kronor och avvikelsen mot budget är 152 miljoner kronor. Det är främst inom läkemedel, ordnat införande, vårdvalen och utvecklingsresurser övrigt som de större budgetavvikelserna återfinns. Helårsprognosen uppgår till 125 miljoner kronor vilket kan hänföras till främst ordnat införande och läkemedel.

Delårsrapport per augusti

Det ekonomiska utfallet för perioden uppgår till 346 miljoner kronor och avvikelsen mot budget är 293 miljoner kronor. Det är fortsatt inom läkemedel, ordnat införande, vårdvalen och utvecklingsresurser övrigt som de större budgetavvikelserna återfinns. Helårsprognosen uppgår till 235 miljoner kronor och därmed revideras prognosen från april med 110 miljoner kronor. Den förbättrade prognosen kan främst hänföras till ordnat införande, omställningen och utvecklingsinsatser övrigt.

Årsbokslut 2022 – preliminärt per oktober

Enligt beslutad rutin ska samtliga avgående nämnder/styrelser innan året är slut ha rapporterat under de rubriker som ingår i respektive nämnds/styrelses delårsrapport per augusti och årsrapport 2022 samt tillkommande rubriker för hantering av övergången till den nya politiska organisationen.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen redovisar till och med oktober ett resultat om 360 miljoner kronor och budgetavvikelsen uppgår till 313 miljoner kronor. Det är inom läkemedel, ordnat införande, vårdvalen och utvecklingsresurser övrigt som de största budgetavvikelserna återfinns. Helårsprognosen uppgår till 300 miljoner kronor och därmed revideras prognosen från augusti med ytterligare 65 miljoner kronor. De främsta förklaringarna till den reviderade prognosen är ökat överskott inom områdena vård för asylsökande, ordnat införande och omställningen.

Avslutande rapportering från styrelse som upphör år 2022

Regionstyrelsen beslutar om den avslutande rapporteringen för styrelsen. Inga större förändringar redovisas jämfört med det preliminära bokslutet avseende väsentliga händelser eller prioriterade mål och fokusområden.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen redovisar 2022 ett positivt resultat på 283 miljoner kronor jämfört med budget.

I det preliminära bokslutet prognostiserade hälso- och sjukvårdsstyrelsen ett positivt helårsresultat på 300 miljoner kronor. Det skiljer 17 miljoner kronor mellan utfall 2022 och prognos. Förändringar har skett inom flera poster, till exempel vård för asylsökande där överskottet har ökat med 17 miljoner kronor och beror på att asylsökande och personer som vistas i Sverige utan tillstånd sökt mindre vård än beräknat. Ordnat införande redovisar ett överskott på 152 miljoner kronor, vilket är 26 miljoner kronor lägre än lagd prognos i det preliminära bokslutet. Kostnaderna har varit något högre under sista månaderna än vad som beräknades i prognosen.

Styrelsens kostnader har varit något högre de sista månaderna inom främst reformerat tandvårdsstöd och kostnader kopplat till pandemin jämfört med prognosen per oktober.

Detta sammantaget förklarar skillnaden om 17 miljoner kronor vad gäller lagd prognos per oktober och utfallet per december.

Granskning av ekonomistyrning

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens ekonomistyrning.

Ekonomistyrningen handlar om budgetprocessen, uppföljning samt beslut, handling och åtgärder för att nå de av fullmäktige beslutade målen.

Styrelsen har under 2022 följt beslutade riktlinjer inom budgetprocessen samt haft en löpande uppföljning av ekonomiskt utfall vid styrelsens sammanträden. Styrelsen har redovisat en ekonomi i balans och har inte behövt vidta beslut om åtgärder för att uppnå de ekonomiska målen.

Budget år 2022

Styrelsen anger att utmaningarna med att skapa en hälso- och sjukvård som leder till ett ökat värde för patienten och som samtidigt utnyttjar sjukvårdens resurser effektivt kvarstår under 2022. Styrelsen kommer därför att fortsätta arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården med fokus på nära vård med stöd av digitalisering.

Styrelsens budget 2022 är lagd i balans. Styrelsen anger att det finns några osäkra poster som kan utgöra en viss risk för budgetöverskridande och då främst kopplat till vårdvalen beroende på hur ersättningar och produktionen utvecklas.

Förstärkningar har tillförts styrelsen utöver index i regionfullmäktiges budget för

- ökat statsbidrag läkemedel som fördelas enligt regionfullmäktiges budget till primärvård, sjukhus och ordnat införande 190 miljoner kronor
- Vårdval Vårdcentral 242 miljoner kronor
- Vårdval Rehab 60 miljoner kronor
- tarmcancerscreening 20 miljoner kronor
- alarmeringstjänst 136 miljoner kronor.

För att kunna fullgöra sitt ansvar enligt reglementet och samtidigt ha en långsiktig hållbar ekonomi i balans i ett läge där resurser inte tillförs i samma utsträckning som tidigare, anger styrelsen att prioriteringsarbetet behöver ske mer tydligt.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Kommunallagen ställer krav på att varje nämnd och styrelse ska ha en tillräcklig intern kontroll i sin verksamhet.⁴ Av styrelsens reglemente framgår även att styrelsen årligen ska fastställa och följa upp plan för intern kontroll.⁵ I policy för styrning i Västra Götalandsregionen anger fullmäktige bland annat att en tillräcklig intern kontroll innebär ett strukturerat arbetssätt som integreras i organisationen.⁶ Riktade kontroller ska utföras för att inom rimliga gränser säkerställa att styrningen är tillräcklig, att målen med verksamheten kan nås och att detta sker på ett effektivt sätt. Detta gäller oavsett om verksamheten drivs i egen regi eller av en privat utförare. Den interna kontrollen ska även säkerställa att regler och riktlinjer följs samt att rapportering och information i och om organisationen är tillförlitlig. Vidare framgår att alla nämnder, styrelser och majoritetsägda bolag årligen ska

- beskriva sin kontrollmiljö
- identifiera och värdera risker som underlag för kontroller
- besluta om en plan för intern kontroll i anslutning till beslut om detaljbudget
- följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder.⁷

Organisation, arbetssätt och processer

Granskningen visar att styrelsen årligen utser en grupp med representanter ur styrelsen som arbetar med framtagande och uppföljning av plan för intern styrning och kontroll. Representanterna arbetar med planen löpande under året med stöd av tjänstepersoner från Koncernkontoret. Arbetet inleds med en riskinventering i styrelsen. Riskanalysen tar sin utgångspunkt i bland annat regionfullmäktiges budget och de mål som berör hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Utifrån riskinventeringen görs en riskvärdering av styrelsens utsedda representanter, vilket resulterar i en ”Plan för intern kontroll” som omhändertar de identifierade risker som bedömts vara av sådan karaktär att de ska kontrolleras. I planen anges hur riskerna ska följas upp och återrapporeras till styrelsen. Vidare visar granskningen att styrelsens kontrollmiljö beskrivs i form av de lagar och styrande dokument, uppdrag och mål, interna och

⁴ Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6 §.

⁵ Reglemente för hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen.

⁶ Policy Styrning i Västra Götalandsregionen.

⁷ Ibid.

externa påverkansfaktorer samt beroenden och gränsdragningar till andra verksamheter som styrelsen har att förhålla sig till.

Plan för intern styrning och kontroll 2022

Granskningen visar att styrelsen fastställde plan för intern kontroll för 2022 den 10 december 2021. Planen består av nio identifierade risker som ska följas upp i anslutning till delårsrapportering augusti samt årsredovisning 2022. Fem av riskerna har ett riskvärde på 12 av 16 och övriga ett riskvärde på 9 av 16. Av de totalt nio identifierade riskerna var fem risker med i planen för intern kontroll för 2021.

Uppföljning av plan för intern styrning och kontroll 2022

Av planen för intern kontroll framgår vad som ska kontrolleras, hur det ska kontrolleras, uppföljningsdatum och vem kontrollen rapporteras till. Med stöd från tjänstepersoner på Koncernkontoret arbetar styrelsens representanter fram kontrollerna i planen. Kontrollerna beskrivs ska ge styrelsen en så god uppföljning av området som möjligt, vara praktiskt genomförbara och i största möjliga mån inte skapa extraarbete för utförarverksamheterna. Av planen framgår att kontrollerna främst ska ske genom ordinarie uppföljning samt granskning av protokoll.

Styrelsens representanter har varit involverade i uppföljningen av planen för intern kontroll och då särskilt när det gäller att bedöma slutsats av uppföljningen och behov av åtgärder utifrån uppföljningen.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av granskningen. Granskningen har dock visat att det finns förbättringsområden och revisionen bedömer att styrelsen bör utveckla sambandet mellan antagna risker och kontrollmoment.

Vi lämnar en rekommendation med anledning av granskningen

- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla sambandet mellan antagna risker och kontrollmoment.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande område mer på djupet:

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

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

Revisionen har granskat hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.⁸

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

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

Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämnda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom den regionala särskilda tillgänglighetsledningen. Trots det har insatserna inte gett förväntad effekt. Revisionen bedömer därför att arbetet med att omhänderta det uppdämnda vårdbehovet behöver intensifieras.

Revisionen har granskat om styrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot regionens tillgänglighetsmål. Granskningen visar bristande måloppfyllelse ställt till vårdgarantin men även på regionala ojämlikheter i tillgänglighet. Bristerna är mångåriga. 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

⁸ Revisionsrapport: Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov (diarienummer REV 2022–00084).

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 för väntetider. Bedömningen är vidare att analyserna om tillgänglighet ur ett patientperspektiv kan utvecklas avseende måluppfyllelse ställt till vårdgarantin.

Granskningen visar också att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger 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. Revisionens bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

Revisionen lämnade följande rekommendationer med anledning av granskningen:

- 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.

Hänvisning till:

Rapporten ”Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov” med diarienummer REV 2022–00084.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed⁹.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- intäktsprocessen
- övriga iakttagelser.

Utifrån riktlinje för attest och utanordning ska det finnas beloppsgränser för attest. Vid genomförd granskning av inköpsprocessen har vi noterat att det inte finns beloppsgränser för attest.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena.

Vi lämnar en rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillämpa beloppsgränser vid beslutsattest utifrån gällande riktlinje.

⁹ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Inga väsentliga fel har noterats.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Revisionen lämnade rekommendationerna nedan till styrelsen för år 2021. Vi har följt upp rekommendationerna genom protokollsgranskning, dialogmöten och intervjuer.

Uppföljning av granskning om psykisk ohälsa

Revisionen granskade psykisk ohälsa 2021. Revisionen lämnade följande rekommendationer till granskade styrelser och nämnder.

De granskade nämnderna och styrelserna rekommenderas

- Hälso- och sjukvårdsnämnderna rekommenderas att utveckla beställning ställt till regionfullmäktiges tillgänglighetsmål.
- Samtliga styrelser rekommenderas att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykiska ohälsa för barn och unga för att nå vårdgaranti och tillgänglighetsmål.

Via psykiatribereidningen har ett antal förslag beretts inför beslut i styrelsen. Styrelsen har ett pågående uppdrag vad gäller kartläggning av ätstörningsvård för barn och unga under 16 år. Det regionala arbetet med En väg in har startat och utvecklingen av kön till barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen, vilka fortsatt behöver följas. Sammanhållen vårdprocess för barn och unga 0–17 år med utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser bör även den enligt styrelsen följas framöver.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen, vilket innebär att rekommendationen kvarstår.

Uppföljning av granskning om principer för budget- och ekonomistyrning

Revisionen granskade principer för budget- och ekonomistyrning 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Mer aktivt se till att utformning och tillämpning av regionens ersättningssystem stödjer arbetet med sammanhållen hälso- och sjukvård och omställningen av hälso- och sjukvården och att styrelsen verkar för att principerna för ekonomi- och budgetstyrning stödjer arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Enligt reglementet har styrelsen att utveckla och ta fram förslag till regiongemensamma ersättningssystem samt ansvara för uppföljning av tillämpningen av dessa. Pågående uppdrag är en översyn av ersättningsmodellen för vården med syfte att förenkla och anpassa till införandet av program Millennium. I avvaktan på den nya modellen har sjukhusvården fasta anslag med utbetalning i tolfte delar.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Uppföljning av intern styrning och kontroll

Revisionen granskade intern styrning och kontroll 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Vidta omedelbara åtgärder när hälso- och sjukvårdsstyrelsen identifierar risker som sannolikt hotar uppfyllandet av fullmäktiges uppdrag.
- Mer aktivt verka för att vidta åtgärder för att komma till rätta med de brister som revisionen noterat i sin granskning.

Vid revisorskollegiets dialogmöte med styrelsen framkom att vissa åtgärder påverkats beroende på pandemin och dess följder. Granskning av protokoll och bokslut visar att styrelsen intagit en mer aktiv roll vad gäller att identifiera risker som sannolikt hotar uppfyllandet av fullmäktiges uppdrag och att styrelsen även vidtagit åtgärder och beslut.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00059

Revisionsberättelse 2022 för naturbruksstyrelsen

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för naturbruksgymnasierna – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00059

2023-03-29

Revisionsrapport: Naturbruksstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Naturbruksstyrelsen– granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00059

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Vilma Lisboa Skarp och Rickard Johansen

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån PwC

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	6
Styrelsens ansvar	6
Regionens budget	6
Revisionens granskning.....	7
Grundläggande granskning.....	9
Granskning av måluppfyllelse.....	9
Granskning av styrning och intern kontroll.....	14
Fördjupad granskning	16
Granskning av offentlighet och sekretess.....	16
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	17
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	17
Granskning av delårsbokslutet	17
Granskning av årsbokslutet	18
Uppföljning av rekommendationer.....	18
Det kommunala ansvarssystemet.....	19
Revisionen i korthet.....	20
Västra Götalandsregionen i korthet	21

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av måluppfyllelse – verksamhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att göra en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål.

Granskning av offentlighet och sekretess	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att allmänhetens förfrågan om allmän handling besvaras skyndsamt.
--	--

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra författningar som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Styrelsen ansvarar för drift och förvaltning av Västra Götalandsregionens naturbruksskolor samt Biologiska Yrkeshögskolan i Skara. Styrelsens verksamhet grundas på inriktning och uppdrag från regionutvecklingsnämnden och externa uppdragsgivare.

Styrelsen ska inom sitt verksamhetsområde fullgöra de uppgifter som följer av regionens huvudmannaskap enligt skollagen samt av andra lagar och författningar.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Stärka innovationskraften – för ett hållbart och konkurrenskraftigt näringsliv i framkant
- Bygga kompetens – för kompetensförsörjning och livslångt lärande
- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har antagit målet:

- Vi utvecklar kompetens i världsklass för en hållbar framtid och det goda livet

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsd i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsd i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten

¹ God revisionsd formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallag (2017:725)
- Förvaltningslag (2019:900)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)
- Policy för styrning (2019-05-28)

Övriga styrande dokument:

- Vägledning för nämnder och styrelserns arbete (regionstyrelsen 2017-04735)
- Västra Götalandsregionens ärendehandbok (regiondirektören 2017-06-26)
- Riktlinje för god ekonomisk hushållning (regionstyrelsen 2020-05-12)
- Naturbruksstyrelsens detaljbudget 2022 (2021-11-24)
- Detaljanvisning årsbokslut 2022
- Rutin för Nämnder och styrelserns rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (ekonomidirektör 2022-01-01)
- Riktlinje för attest och utanordning (regionstyrelsen 2017-11-07)
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Stärka innovationskraften – för ett hållbart och konkurrenskraftigt näringsliv i framkant
- Bygga kompetens – för kompetensförsörjning och livslångt lärande
- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling

Iakttagelser

I Koncernkontorets rutin ”Rutin för Nämnder och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål bör genomföras. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vid bedömning bör följande punkter kommenteras:

- Kommentarer av utfall
- Analys - Vad innebär resultatet? Vid avvikelse förklara orsak till och konsekvenser av att mål inte uppnås.
- Slutsatser – Beskriv hur arbetet med målet går vidare samt om målet inte uppnås vilka åtgärder som behöver vidtas för ökad måluppfyllelse.

Vidare framgår av anvisningen att koppling av indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde.

Vår granskning har visat att det i styrelsens delårsrapport och årsredovisning framgår en relativ fyllig information av respektive regionfullmäktigemål med tillhörande fokusområden. Granskningen har dock visat, likt förra året, att det för regionfullmäktiges mål saknas ett tydligt utfall/resultat för måluppfyllelse för respektive mål i årsredovisningen, i enlighet med Koncernkontorets anvisning.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Byggprocesser

Ett av naturbruksstyrelsens större uppdrag är att koncentrera hästutbildningarna till orten Axevalla utanför Skara i anslutning till Axevallatravet med planerad start till höstterminen 2024.

Regionfullmäktige gav i februari 2021 fastighetsnämnden i uppdrag att genomföra fastighetsinvesteringen i en ny skola, Axevalla Hästcentrum, inom en total utgift om 227 miljoner kronor. Till följd av förnyad upphandlingsprocess har projektet blivit försenat. Sluttiden för bygget i den nya upphandlingen kommer justeras till våren 2024. Upphandlingar av inventarier planeras till senare i processen.

Vi har noterat att det föreligger risk för kostnadsökning och leveransförsening vilket kan medföra ökade kostnader för internhyra för naturbruksstyrelsen och att skolans öppning blir försenad. Naturbruksstyrelsen får månadsvis uppföljning av projektet. I naturbruksstyrelsens antagna internkontrollplan har risken med framtida hyresnivåer antagits och handlingsplan för kontroll av framtida hyror har presenterats för styrelsen i december 2022.

Revisionen kommer fortsatt följa frågan under 2023.

Egenkontroll av beslut i naturbruksförvaltningens internat med förstärkt boendestöd

Naturbruksstyrelsen har i internkontrollplan antagit risk för att inte tillräcklig egenkontroll genomförts av beslut som verkställs i verksamheten i de delar av naturbruksförvaltningens internat som bedrivs med förstärkt boendestöd.

Granskningen har visat att kontrollen består av att naturbruksstyrelsen undersöker att insatser tillgodoser elevernas behov genom brukarenkät i februari och oktober månad. Det här med start i februari 2022. Resultat presenterades för naturbruksstyrelsen i samband med delårsbokslut och årsbokslut. Naturbruksstyrelsen har utöver internkontrollplan fattat beslut om schemalagda veckosamtal mellan boendestödjare och brukare.

Bakgrunden är tidigare kritik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att uppföljning inte genomförs i tillräcklig utsträckning för att kontrollera att insatser motsvarar och tillgodoser elevernas behov utifrån beslut och uppdrag från socialtjänst. IVO beslutade i oktober 2021 att avsluta ärendet då åtgärderna bedömdes som tillräckliga.

Samverkan med Västra Götalandsregionens folkhögskolor

Naturbruksstyrelsens reglemente anger att naturbruksstyrelsen ska samverka med styrelsen för folkhögskolorna i syfte att nyttja Västra Götalandsregionens resurser effektivt. Den gemensamma chefsfunktionen mellan parterna upphörde under 2021 till följd av ökad arbetsmängd. Arbete pågår på verksamhetsnivå gällande utvecklad samverkan framgent och rapport om samverkansmöjligheter ska presenteras för styrelsen.

Samverkansavtal med kommuner

Samverkansavtalet om naturbruksutbildning mellan Västra Götalandsregionen och länets samtliga kommuner upphörde att gälla den 31 december 2022. Vi har sett att

ett nytt avtal är framtaget i samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VästKom och representanter för kommunerna för perioden januari 2023 till december 2026.

Avtalet har utformats med hänsyn till kommunernas utvärdering av nuvarande avtal. Under våren 2022 remitterades ett förslag på nytt avtal till alla kommuner samt till regionutvecklingsnämnden och naturbruksstyrelsen.

Vi har noterat att Koncernkontoret i sin beredning av avtalet har bedömt att det finns begränsat juridiskt utrymme att ändra i samverkansavtalets principer.

Avtalet har skickats till länets 49 kommuner för godkännande. Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns och signeras av alla 50 parter. Om inte alla parter väljer att godkänna och signera avtalet skulle det innebära en förändrad ordning för kostnadsansvar och finansiering av naturbruksutbildning i Västra Götalandsregionens regi. Det skulle förutsätta att samtliga parter är eniga om och gemensamt kommer överens om en ny struktur och ett nytt avtal om skatteväxling.

Av våra intervjuer har framgått att det slutgiltiga avtalsförslaget har utformats med hänsyn till revisorskollegiets synpunkter på nuvarande avtal (REV 2018–00111).

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljöansvaret framgår av arbetsmiljölagen (1977:1160) och Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1). Naturbruksstyrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Uppföljningsansvaret omfattar den systematiska arbetsmiljön.

Naturbruksstyrelsen har vid sammanträde i juni följt upp kränkande behandling, tillbud, olyckor och risker under höstterminen 2021.

Vi har noterat att naturbruksstyrelsen har löpande under året följt sjukfrånvaro och satt in insatser med hjälp av företagshälsovården för att hindra att korttidssjukfrånvaro övergår till långtidssjukfrånvaro.

Kompetensförsörjning

Naturbruksstyrelsen har i februari 2022 fastställt en kompetensförsörjningsplan för perioden 2021–2025. Naturbruksstyrelsens kompetensförsörjningsplan beskriver mål, uppdrag och aktiviteter för kompetensförsörjningen. Utöver verksamhetens kompetensförsörjningsplan har lokala kompetensförsörjningsplaner för verksamhetens enheter tagits fram för att ytterligare konkretisera aktiviteter gentemot kompetensförsörjningen. Vidtagna åtgärder omfattar bland annat pedagogisk utbildning till anställda med yrkeskompetens för att öka antalet legitimerade lärare i yrkeslärargruppen.

Ur naturbruksstyrelsens kompetensförsörjningsplanen framgår att ”en stor utmaning förutom konkurrensen om utbildade gymnasielärare med ämneskompetens inom grundämnena är att rekrytera och hitta yrkeslärare för undervisning i våra yrkesämnen”.

Revisionen kommer fortsatt följa frågan under 2023.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen, men att det finns utvecklingsområden.

Vi gör bedömningen att styrelsen i delårsrapporten och i årsredovisningen saknar resultat för måluppfyllelse för respektive regionfullmäktigemål i enlighet med koncernkontorets anvisning. Med anledning av granskningen lämnar vi följande rekommendation:

Revisionen rekommenderar styrelsen att göra en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål.

Ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Naturbruksstyrelsens resultat för verksamhetsåret 2022 är 2,2 miljoner kronor. Styrelsen har uppfyllt målet om en ekonomi i balans.

Vid 2022 års utgång uppgår det egna kapitalet för gymnasiet till 7,5 miljoner kronor och övriga verksamheten till 2,5 miljoner kronor.

Naturbruksstyrelsen fastställde en budget i balans för 2022. Inför 2022 har bidrag från regionutvecklingsnämnden inkluderats i budget och det totala driftsbidraget uppgår till 161 miljoner kronor. Utöver driftsbidraget består styrelsens intäkter bland annat av försäljning av tjänster som budgeteras till 125 miljoner kronor, hyresintäkter på 8 miljoner kronor samt försäljning av material och varor till 9 miljoner kronor. Förvaltningens totala intäkter uppgår till 310 miljoner kronor vilket är en ökning med 14,8 miljoner kronor jämfört med 2021.

Kostnader i budget 2022 uppgår till 309,8 miljoner kronor, ökningen jämfört med föregående år är 9,9 miljoner kronor. 7,2 miljoner kronor avser ökning inom personalkostnader för att möta ökat elevantal. Totalt budgeterar förvaltningen för 290 nettoårsarbetare. Därtill tillkommer ökade kostnader för lokaler och inventarier för att tillgodose ökat elevantal.

Styrelsen redovisar per augusti ett historiskt högt positivt utfall på 18 miljoner kronor vilket är en positiv avvikelse gentemot periodiserad budget på 15 miljoner kronor.

Utfallet förklaras huvudsakligen med lägre personalkostnader till följd av vakanser och vilande inköp.

Besparingarna samt ökade intäkter till följd av goda skördar och statliga ersättningar medförde att förvaltningen under senare delen av året har kunnat satsa medel för att på anläggningar och material. Investeringar uppgick till 85 procent av investeringsramen.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i all väsentlighet har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Enligt Policy Styrning i Västra Götalandsregionen ska styrelsen årligen

- beskriva sin kontrollmiljö
- identifiera och värdera risker som underlag för kontroller
- besluta om en plan för intern kontroll
- följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder
- fatta beslut om plan för intern kontroll i anslutning till beslut om detaljbudget vilken ska följa budgetåret.

Granskningen har visat att naturbruksstyrelsen varje år i oktober månad fattar beslut om en plan för intern kontroll för nästkommande år. Planen baseras på en risk- och sårbarhetsanalys som omfattar hela styrelsens verksamhetsområde. Naturbruksstyrelsen har medverkat till att ta fram underlag till internkontrollplanen och identifierat de områden som ska omfattas av planen.

Tio risker har formulerats i styrelsens riskanalys och tio kontroller återfinns i kontrollplanen 2022.

I naturbruksstyrelsens plan för internkontroll 2022 har fyra risker identifierats där uppföljning ska ske två gånger per år, dels i delår per augusti, dels i årsbokslut. Resterande sex risker följs upp en gång per år och redovisas i samband med årsbokslut.

En uppföljning av internkontrollplan 2022 till naturbruksstyrelsen har genomförts i samband med delårsrapport per augusti 2022. Av uppföljningen framgår identifierade avvikelser för fyra av sex genomförda kontroller och åtgärder har vidtagits för att hantera avvikelser.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande område mer på djupet:

- Offentlighet och sekretess

Granskning av offentlighet och sekretess

Revisionen har under 2022 granskat offentlighet och sekretess på naturbruksstyrelsen. Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen säkerställt allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar.

Granskningen har utgått från tryckfrihetsförordningen, offentlighets- och sekretesslagen, arkivlagen samt internt styrande riktlinjer och rutiner för regionen.

Revisionen har noterat att naturbruksstyrelsen följer regionalt framtagna rutiner och har en fastställd ansvarsfördelning i enlighet med lagen och regionens krav. Vi har också noterat att styrelsen inte antagit samtliga obligatoriska dokument för en tillfredställande arkivorganisation. Arbete pågår med att ta fram obligatoriska dokument vilket omfattar bland annat arkivorganisation, vilket vi ser positivt på.

Revisionen har genomfört stickprovskontroll av utlämnande av allmänna handlingar och noterat att allmänna handlingar inte lämnas ut i enlighet med lagens krav i samtliga fall.

Utifrån granskningen bedömer revisionen att naturbruksstyrelsen inte fullt ut säkerställt en ändamålsenlig hantering av allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar.

Revisionen lämnar följande rekommendation till naturbruksstyrelsen:

Säkerställa att allmänhetens förfrågan om allmän handling besvaras skyndsamt.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed³.

Granskningen omfattar:

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- intäktsprocessen
- investeringsprocessen
- löneprocessen
- övriga iakttagelser

I granskningen av naturbruksstyrelsen konstateras inga väsentliga avvikelser.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

³ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Per sista augusti redovisade förvaltningen ett historiskt högt positivt utfall på 18 miljoner kronor som en följd av besparingen som gjordes under våren med anledning av kriget i Ukraina.

Det har i den översiktliga granskningen av delårsrapporten per augusti år 2022 inte framkommit några omständigheter som ger oss anledning att anse att delårsrapporten inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med gällande föreskrifter och god redovisningssed.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar. I granskningen har inga väsentliga avvikelser noterats.

Vi har noterat att djur klassificeras som lager (4,3 miljoner kronor). Djuren används i utbildningssyfte och anses därmed vara anskaffade för stadigvarande bruk, till skillnad från exempelvis unghästar i uppfödningssyfte vars syfte är att säljas och därmed klassas som en omsättningstillgång.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed.

Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. Under 2021 lämnades inga rekommendationer till styrelsen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markerar en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00060

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för folkhögskolorna

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för folkhögskolorna – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00060

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för folkhögskolorna – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för folkhögskolorna – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00060

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Martin Andersson och Waisuddin Sadry

Granskningen av redovisningsrutiner, delårsbokslutet och årsbokslutet har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån PwC.

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Utgångspunkter för granskningen	5
Styrelsens ansvar	5
Regionens budget	6
Revisionens granskning.....	6
Grundläggande granskning.....	9
Granskning av måluppfyllelse.....	9
Granskning av styrning och intern kontroll.....	12
Fördjupad granskning	15
Iakttagelser	19
Bedömning och rekommendationer	20
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	20
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	21
Granskning av delårsbokslutet	21
Granskning av årsbokslutet	21
Uppföljning av rekommendationer.....	22
Uppföljning av granskning av bokslutsprocessen	22
Det kommunala ansvarssystemet.....	23
Revisionen i korthet.....	24
Västra Götalandsregionen i korthet	25

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt reglemente bedriver styrelsen folkbildningsverksamhet som grundas på uppdrag och ekonomiskt stöd från folkbildningsrådet samt på uppdrag från regionutvecklingsnämnden och kulturnämnden. Uppdrag kan även mottas från andra uppdragsgivare. Styrelsen ansvarar för drift, förvaltning och utveckling av Västra Götalandsregionens folkhögskolor. Styrelsen ska inom sitt verksamhetsområde fullgöra de uppgifter som följer av lag och annan författning.

I regionfullmäktiges budget 2022 anges att folkhögskolorna har, genom sin särskilda pedagogik och arbetssätt, en viktig roll att spela i utbildningssystemet. Särskilt viktig är den ”allmänna kursen” som kan bidra till att fler individer kan fullfölja sina studier på grundskole- eller gymnasienivå. Folkhögskolorna i Västra Götaland ska spela en tydlig roll som utbildningssamordnare för att möta viktiga samhälls- och kompetensförsörjningsutmaningar.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsd i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionssed i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)

¹ God revisionssed formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2021-11-30)
- Policy styrning i Västra Götalandsregionen (2019-07-01)
- Vägledning för nämnders och styrelser arbete (2017-12-12)

Övriga styrande dokument:

- Rutin internkontroll med risk- och väsentlighetsanalys (RoV) Folkhögskoleförvaltningen (2018-10-25)
- Detaljbudget 2022 Folkhögskoleförvaltningen
- Verksamhetsplan 2022 Folkhögskoleförvaltningen
- Uppdrag från regionutvecklingsnämnden
- Uppdrag från kulturnämnden
- Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022 (RS 2021-03575)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av:

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Regionfullmäktige formulerar prioriterade mål, varefter nämnder och styrelser ansvarar för att bidra till måluppfyllelse i förhållande till den politiska viljeriktningen. I ansvaret ingår att välja in och bryta ner budgetmålen för den egna verksamheten med syfte att skapa handlingskraft och effekt. Fokusområdena ska betraktas som regionfullmäktiges uppdrag till de nämnder och styrelser som berörs av respektive fokusområde.

I Koncernkontorets anvisning ”Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. I uppföljningen ska måluppfyllelsen analyseras och det ska framgå varför bedömningen ser ut som den gör. Om bedömningen är negativ bedömning ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vidare ska hänvisning göras till relevanta indikatorer och aktiviteter som en del av analysen.

Vidare framgår av anvisningen att det ska göras en koppling av aktiviteter i årsredovisningen under respektive mål och fokusområde. Status på aktiviteter ska anges (pågående, avslutad, planerad eller pausad).

Styrelsen för folkhögskolorna har under 2022 arbetat med två av regionfullmäktiges prioriterade mål och med tre fokusområden som hör till de prioriterade målen.

I styrelsens delårsbokslut per sista augusti redovisades måluppfyllelse för de två prioriterade målen som styrelsen arbetar med. I redovisningen framgår aktiviteter, indikatorer, utfall och analys av resultatet, samt bedömning av fortsatt arbete. För båda målen bedömde styrelsen att målet kommer att uppnås.

I årsredovisningen har styrelsen redovisat måluppfyllelsen för regionfullmäktiges prioriterade mål och arbetet med fokusområden som hör till de prioriterade målen. Fokusområdena redovisas med aktiviteter, kommentarer/analys, måluppfyllelse samt status avslutad eller pausad. Av regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden har styrelsen för folkhögskolorna gjort följande bedömning av måluppfyllelsen i årsredovisningen:

- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit.
Målet är uppnått
- Stärka den kulturella infrastrukturen.
Fokusområdet är uppnått
- Kraftsamla för fullföljda studier.
Fokusområdet är uppnått

- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
Målet är uppnått
- Öka takten i "Klimat 2030 Västra Götaland ställer om".
Fokusområdet är uppnått

Av granskningen framgår att styrelsen har gjort bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål i delårsrapport per augusti år 2022 samt i årsredovisningen år 2022.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Styrelsens resultat för verksamhetsåret 2022 är +2,4 miljoner kronor, vilket är 2,4 miljoner kronor bättre än budget och 3,4 miljoner kronor sämre än utfallet föregående år. Utfallet är i nivå med den prognos som styrelsen gjorde i bokslutet per augusti som var på 2,7 miljoner kronor. I årsredovisningen anges att resultatet har påverkats positivt av en slutreglering av statsbidrag för 2021 års verksamhet och att intäkterna från skolornas internatverksamhet har ökat jämfört med föregående år vilket förklaras av covid-19-pandemin under 2021. Styrelsen har ett positivt eget kapital. Styrelsen har därmed uppfyllt målet om en ekonomi i balans.

Styrelsens enheter utgörs av sex folkhögskolor och ett centralt kansli. Samtliga enheter har budgeterat ett nollresultat för 2022. Kansliet och tre av skolorna gör positiva ekonomiska resultat och tre av skolorna gör negativa ekonomiska resultat. I jämförelse med budget har styrelsens intäkter blivit 6,4 miljoner kronor lägre och kostnaderna blivit 8,9 miljoner kronor lägre. De två största posterna som avviker från styrelsens budget avser övriga erhållna bidrag med 10 miljoner kronor lägre intäkter och verksamhetsanknutna tjänster med 11,2 miljoner kronor lägre kostnader.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av

den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Revisionen har under 2022 genomfört en fördjupad granskning av intern styrning och kontroll inom styrelsen för folkhögskolor. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsens system för intern kontroll är ändamålsenligt och tillräckligt utifrån styrelsens ansvar.

Granskningen har utgått från kommunallagen, reglemente för styrelsen för folkhögskolorna, policy styrning i Västra Götalandsregionen och vägledning för nämnders och styrelsers arbete. Granskningen innehåller följande områden:

- A. Planering och riskhantering
- B. Kontroller i kontrollplanen
- C. Uppföljning och utvärdering

Resultat av granskningen

Planering och riskhantering

Styrelsens kontrollmiljö är beskriven i ett särskilt dokument, Kontrollmiljö Folkhögskoleförvaltningen. Styrelsen har beskrivit sin kontrollmiljö enligt Koncernkontorets anvisningar för intern styrning och kontroll. Av styrelsens kontrollmiljö framgår lagar, författningar och övergripande styrande dokument som styrelsen förväntas ha kännedom om och som påverkar styrelsens uppdrag och ansvar. Vidare beskrivs i dokumentet styrelsens uppdrag och mål, intern påverkan, beroende till andra verksamheter och extern påverkan.

Styrelsen för folkhögskolorna har fastställt sin kontrollmiljö och gjort riskbedömning för 2022. Av styrelsens rutin internkontroll med risk och väsentlighet framgår att kontrollmiljön uppdateras årligen av folkhögskoleförvaltningen och följer med som underlag till styrelsen inför risk- och väsentlighetsanalysen. Risk- och väsentlighetsbedömningen är genomförd i samband med budgetarbetet och utgör underlag för den interna kontrollplanen 2022.

I intervjuvar från de tjänstepersoner som ingick i granskningen framgår att de bedömer att riskhantering är en löpande pågående process i folkhögskolestyrelsens

verksamhet. De anger som exempel när beslut tas om att genomföra ett nytt projekt – då görs en förnyad riskanalys som därefter lyfts som ett beslutsärende till styrelsen. På både presidiummötena och styrelsemötena under året förs dialog kring riskbedömning och riskhantering.

I förvaltningen är olika organisatoriska nivåer involverade i arbetet med riskanalys, bland annat ledningsgruppen och central samverkansgrupp. I ledningsgruppen ingår rektorer, HR-chef, controller och förvaltningschef. Det är främst ledningsgruppen som tar fram underlag för risker och samverkansgruppen får möjlighet att lämna synpunkter och förslag. Förankring sker också med förvaltningens olika enheter. Ledningsgruppen för också dialog i samverkan med de fackliga organisationerna.

Styrelsen har beslutat om den interna kontrollplanen för 2022 i december 2021. Internkontrollplanen omfattar de kontroller som ska genomföras under året, när dessa ska följas upp och till vem det ska rapporteras till. Förvaltningschefen återrapporterar löpande till styrelsen om arbetet med de olika kontrollområdena. Styrelsen får en mer omfattande uppföljning av kontroller och eventuella åtgärder i juni månad och i årsredovisningen för 2022.

Styrelsen värderar de risker som tjänstemännen tagit fram inom olika verksamhetsområden och tar beslut om de områden där kontroller skall genomföras. Under 2022 är det kontroller inom områdena informationshantering och IT, samverkan och beroenden av andra parter och verksamhetens genomförande. Flest risker hamnar under området verksamhetens genomförande. Styrelsens identifierade risker med högst riskvärde är:

1. Trots stora insatser med relationsbyggande till Arbetsförmedlingen ser vi risker i att samarbetet inte fungerar tillfredsställande i alla delregioner vilket påverkar styrelsens måluppfyllnad.
2. Risk för att studietiden blir lång för den enskilde deltagaren på grund av funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa vilket drabbar deltagarens möjligheter att snabbt komma in i arbete och studier.

I styrelsens internkontrollplan för 2022 finns inte området oegentligheter, mutor och bestickning med som en risk.

Kontroller i internkontrollplanen

Förvaltningen arbetar med de risker som styrelsen har värderat i riskanalysen och fastställt i internkontrollplanen. Styrelsen får löpande information om åtgärder och utfall. På styrelsens möte i juni lämnar förvaltningen en större rapport om den interna kontrollen och det görs en genomlysning av åtgärdsplanen och styrelsen kan upp- eller nedvärdera riskerna. I de fall åtgärder behövs för att hantera en identifierad brist lämnar styrelsen uppdraget till förvaltningschefen för vidare hantering.

När ett år avslutats får styrelsen en årsavstämning av samtliga kontroller som omfattats av internkontrollplanen. Avstämningen omfattar analys av samtliga kontrollresultat och redovisas med utgångspunkt i frågorna:

- Med vilken metod har kontrollen utförts?
- Hur gick det att genomföra kontrollen?
- Vad är de viktigaste resultaten av kontrollen?
- Vilka förslag till åtgärder finns?

Uppföljning och utvärdering

I intervju med förvaltningsledningen anges att tidigare års bedömda risker följs upp tills de inte anses utgöra en risk längre. Det har medfört att risker funnits med i internkontrollplanen i upp till fyra år. Samtliga risker som togs fram i föregående års internkontrollplan följs även upp under nästkommande år vilket även omfattar risker som klassats som klara (gröna).

Uppföljning och utvärdering av den interna kontrollen genomförs enligt följande:

- Uppföljningen av den interna kontrollen sker två gånger under året utifrån den rapporteringsperiod som angetts för kontrollmomentet i internkontrollplanen - i juni samt i årsredovisningen.
- Styrelsen följer kontinuerligt genomförda kontrollmoment och beslutar vid behov om nya åtgärder.
- Utvärdering av den interna kontrollen görs av förvaltningschef, verksamhetscontroller och HR-chef.
- Styrelsen säkerställer att den interna kontrollen är ändamålsenlig och tillräcklig genom att löpande få information av förvaltningsledningen om genomförda kontrollmoment. Två gånger om året tar de dessutom del av en mer omfattande redovisning av internkontrollarbetet.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Övertagande av Validering Väst genom verksamhetsövergång

En del av Västra Götalandsregionens arbete med kompetensförsörjningsfrågor har skett genom verksamheten Validering väst. Validering Västs uppdrag är att arbeta i hela regionen och att vara ett stöd för alla 49 kommuner. Validering Väst har organisatoriskt tillhört Göteborgsregionen trots att uppdraget är regionalt och styrning och finansiering kommer från regionutvecklingsnämnden. Under våren

2022 har frågan om lämplig placering av Validering Väst hos Västra Götalandsregionen undersökts av Koncernkontoret som kommit fram till att folkhögskoleförvaltningen är en lämplig placering.

Styrelsen för folkhögskolorna har gett förvaltningschefen i uppdrag att säkerställa att Västra Götalandsregionen övertar huvudmannskapet Validering Väst från 2023 genom verksamhetsövergång till styrelsen för folkhögskolornas verksamhet. För regionutvecklingsnämnden innebär övergången att valideringsfrågan, som är en central del i det regionala kompetensförsörjningsarbetet, knyts närmare regional utveckling.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

1. Samverkan med de rörelsedrivna folkhögskolorna
2. Internatverksamhet inom folkhögskolorna.

Granskning av samverkan med de rörelsedrivna folkhögskolorna

Revisionen har under 2022 granskat samverkan med de rörelsedrivna folkhögskolorna inom styrelsen för folkhögskolorna. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen för folkhögskolorna säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av samverkan mellan styrelsen och de rörelsedrivna folkhögskolorna vilket anges i Västra Götalandsregionens budget för 2022.

Granskningen har utgått från kommunallagen, reglemente för styrelsen för folkhögskolorna, regionfullmäktiges budget 2022 samt uppdrag från regionutvecklingsnämnden och kulturnämnden.

Initiering

I intervjusvar från de tjänstepersoner som ingår i granskningen framgår att initiativ till olika samverkansprojekt har kommit från personalen och förvaltningsledningen. Exempel på projekt som startats med den utgångspunkten är VI-projekt och Min Story projekt har tillkommit in på initiativ av en tidigare rektor.

Skolorna kan på eget initiativ inleda samverkan med andra folkhögskolor men det förekommer också att det kommer förslag eller idéer från förvaltningsledningen. Samverkan med andra folkhögskolor inleds, och genomförs också genom beslut av styrelsen eller av förvaltningschefen.

I de fall förvaltningens skolor samverkar med andra folkhögskolor erbjuder den centrala förvaltningen stöd om det efterfrågas. I en del fall hanteras samverkansfrågor i förvaltningens rektorsgrupp.

Planering

Det finns inga planerade samverkansnätverk som avses att starta upp under 2022. I stället ligger fokus på att återuppta kontakter som legat nere på grund av covid-19-pandemin; ett exempel på detta är Lust-konferensen³.

Fem av Folkhögskoleförvaltningens folkhögskolor deltar i ett AMIF⁴-projekt som ägs och drivs av förvaltningen. Ett flertal (5) RIO-folkhögskolor⁵, kommuner, studieförbund, och civilsamhälle deltar i projektet. Totalt är det 28 projektdeltagande organisationer. Syftet med projektet är att tredjelandsmedborgare lättare och snabbare kommer i arbete.

Det avsätts inte någon specifik post i skolornas budget för att hantera frågor avseende projekt och samverkan. I samband med att ett samverkansprojekt inleds med en annan part avsätts medel till projektet antingen från skolan eller från den centrala förvaltningen.

Genomförande

I intervju med folkhögskolornas rektorer anges att styrningen från styrelsen och förvaltningsledningen är tydlig avseende uppdrag om samverkan med andra folkhögskolor.

Samverkan sker främst med geografiskt närliggande skolor men det finns även nationella och delregionella samverkansområden där folkhögskolor ingår. I samverkansprojekten, som ofta sker i form av nätverk, kan både olika personalgrupper och chefer ingå. Det är sällan som dessa projekt även omfattar deltagare på skolornas utbildningar. Vara folkhögskola ansvarar för ett nätverk där RIO-folkhögskolor i Skaraborg ingår. I detta nätverk ingår de deltagande skolornas rektorer och agendan för arbetet avser skolornas kursutbud.

En av styrelsens rektorer sitter i styrelsen för de Offentligägda folkhögskolornas intresseorganisation (OFI). Tillsammans med Folkhögskoleförbundet för regionägda

³ Där möts de skolor som har en utbildning riktad för personer med funktionsvariationer.

⁴ Asyl-, migrations- och integrationsfonden.

⁵ Rörelsefolkhögskolornas intresseorganisation.

folkhögskolor samverkar OFI nationellt med RIO-folkhögskolor inom flera olika områden.

Det görs särskilda satsningar på samverkan med andra folkhögskolor avseende deltagarhälsa i projekt som skolorna medverkar i. Utbytet mellan folkhögskolorna i frågor kopplade till deltagarhälsa sker inom de projekt som drivs. Västra Götalandsregionen, genom regionutvecklingsnämnden ger ett särskilt stöd till alla folkhögskolor kopplat till fullföljda studier. Detta tillsammans med statens stöd genom folkbildningsrådet och projektförfinansiering öppnar möjligheter till bättre arbete och utbyten mellan folkhögskolor. I intervjuer från de tjänstepersoner som ingår i granskningen anges att Västra Götalandsregionen har beskrivit för skolorna vad de ska jobba med och hur resurserna allokeras och används samt hur de ska följa upp resultatet.

Vidare finns rektorsnätverk, kuratorsnätverk och ett nätverk med RIO-folkhögskolor som har internatboende. I ett samverkansprojekt om internat diskuteras problem som kan uppstå på grund av de boende deltagarnas ohälsa. Kuratorsnätverket har bidragit till utveckling av elevhälsan på skolorna och det pågår samarbete på flera områden med Naturbruksförvaltningen i Västra Götalandsregionen.

Västra Götalandsregionens folkhögskolor samverkar med RIO-folkhögskolor och även andra offentliga folkhögskolor på både delregional och nationell nivå. I granskningen har tjänstepersoner från folkhögskolorna redovisat över tjugo specifika samverkansprojekt och nätverk som de arbetar med.

Uppföljning och utvärdering

Förvaltningschefen har beslutanderätt för mindre projekt som skolorna jobbar med. Rektorerna har löpande avstämningar med förvaltningschefen kring dessa projekt. I de fall det finns en projektorganisation, sker det normalt återkoppling till styrgruppen löpande och till styrelsen vid start och avslut av projektet.

I samband med att större projekt skall starta upp är styrelsen mer delaktig. Då lämnas information från förvaltningschefen till styrelsen både innan, under och i samband med projektavslut.

Rektorerna har löpande dialog med förvaltningschefen kring alla nätverk som skolorna deltar i. Eftersom detta inte avser projekt med tydligt start- och avslut så görs inte slutredovisningar. De gemensamma aktiviteterna i nätverken följs upp men det sker ofta mer informellt än när man jobbar med projekt.

En rektor beskriver i en intervju att nätverken är en gemensam plattform som man har och det görs viss utvärdering på varje lokal enhet.

Dokumentation

I projekten sker dokumentation och återrapportering till projektägare och finansörer. I inledningen av ett formellt projekt upprättas en projektplan och vid projektslut skrivs en slutrapport.

De större samverkansprojekten brukar omnämnas i förvaltningens årsredovisning.

Rektorers upplevelse av samverkan med andra folkhögskolor

I intervjuvar från rektorer som ingår i granskningen framgår att det finns ett behov av att samverka. Projekten pågår dock ofta under kort tid och när projektet är slut då upphör samverkan också. Det finns en ekonomisk påverkan av samverkan i projekt och nätverk som upplevs som en utmaning av de intervjuade rektorerna. Skolornas ekonomiska ramar är begränsade och ibland måste satsningar av resurser i ett projekt avslås.

I intervjuer har olika rektorer kommenterat olika områden kring samverkan med RIO-folkhögskolor, här är några exempel:

- I dagsläget sker ingen regional samverkan
- Samverkan med RIO-folkhögskolor är positivt för verksamheten
- Det finns sällan någon direkt positiv effekt av ett samverkansprojekt, det är mer indirekt
- Samtal om folkbildningsfrågor med andra skolor bidrar till positiv utveckling för både personal och deltagare på skolorna
- Projektet FOKIS, ett projekt om folkbildning och kultur, där både regionens folkhögskolor och RIO-folkhögskolor deltagit har varit positivt.

Bedömning och rekommendationer

Vi bedömer att styrelsens arbete med planering, genomförande, uppföljning, slutföring och dokumentation av projekt sköts på ett ändamålsenligt sätt. Vidare bedömer vi att samverkan sker på delregional och nationell nivå, men inte på regional nivå.

Revisionens bedömning är att styrelsens arbete med samverkan med de rörelsedrivna folkhögskolorna i allt väsentligt bedrivits på ett ändamålsenligt sätt. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av internatverksamhet inom folkhögskolorna

Revisionen har under 2022 granskat internatverksamhet inom styrelsen för folkhögskolor. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen för folkhögskolorna har säkerställt att skolornas internat fungerar som pedagogiska resurser.

Granskningen har utgått från kommunallagen, reglemente för styrelsen för folkhögskolorna, regionfullmäktiges budget 2022 samt revisionens granskningsrapport "Fördjupning internatverksamhet 2018".

Resultat av granskningen

lakttagelser

Styrelsen för folkhögskolorna har under 2019 genomfört flera uppföljnings- och utvecklingsarbeten avseende internaten på skolorna för att stärka internatens roll som pedagogisk resurs. I årsredovisningen 2019 bedömdes arbetet med att vidareutveckla internatet som pedagogisk resurs som grönt.

Under 2019 försämrades styrelsens ekonomiska förutsättningar och åtgärder genomfördes för att nå en ekonomi i balans. Det medförde minskade personalresurser och andra nedskärningar som drabbat internatverksamheten, vilket i sin tur påverkade möjligheten att erbjuda deltagarna en del stödåtgärder.

Pandemin medförde stora förändringar i skolornas arbetsätt under åren 2020–2021. Det hade bland annat till följd att merparten av de årens utbildningar genomfördes på distans och endast ett fåtal deltagare bodde på skolornas internat.

På grund av pandemin har även andra intäkter minskat både avseende ordinarie kurser, sommarkurser och konferenser. Då en stor del av undervisningen genomfördes digitalt under pandemin och skolornas internat delvis stått tomma har också påverkat andra områden och yrkesgrupper. Det har medfört risk för minskat socialt stöd för skolornas deltagare på grund av förändrat serviceutbud på internaten och därför har löpande dialog förts mellan kuratorer, internatpersonal och skolledningar.

Av styrelsens årsredovisning 2021 framgår att verksamhetens intäkter har ökat vilket också avser statsbidrag och regionstöd. Samtidigt har de besparingar och effektiviseringar som gjorts fått effekt på ekonomin. Därför har de intäktsbortfall från internatintäkter, sommarverksamhet, kurs- och konferens blivit mindre kännbara.

Av styrelsens delårsrapport augusti 2022 framgår att regionbidragsintäkterna är stabila och intäkterna från deltagare bedöms att öka något jämfört med 2021 i takt med att internaten öppnats och verksamhetens drivs på plats. Några veckor in på höstterminen var 91,8 procent av internatplatserna uthyrda.

Av protokoll från styrelsen för folkhögskolorna den 23 september 2022 framgår att styrelsen genomfört en utredning angående internatverksamheten. Utredaren fick i uppdrag att göra en genomlysning av den rådande internatsituationen på förvaltningens internat. I intervju med tjänstepersoner har framkommit att utredningen genomfördes under våren 2022. Utredningen genomfördes genom fysiska möten på varje skola. Utredaren har träffat och samtalat med respektive rektor, tillsammans med internatansvarig om deras upplevelse om nulägesbilden

på deras respektive internat. Frågan om bemanning och aktiviteter på kvällstid för deltagarna var en av frågeställningarna.

Vidare har utredaren intervjuat deltagare i fokusgrupper, 5–7 deltagare per skola. De har först besvarat frågor individuellt om vad de gör på kvällstid och hur de upplever internatboendet. Det fortsatte med ett gruppsamtal kring deras upplevelse av internaten som helhet. Där fokusgrupperna fick vara representanter för alla deltagare som bor på internaten. Antalet deltagare som intervjuats utgjorde 14 procent av samtliga deltagare som bodde på internaten vid denna tidpunkt.

Styrelsen har under 2022 genomfört en undersökning av internatboendet på skolorna och kommit fram till förslag för förbättringar på internaten. Förbättringsförslagen avser främst att stödja deltagarna på internaten socialt, med aktiviteter och att klara av boendet.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen arbetat för att vidta åtgärder för att komma till rätta med de brister som revisionen tidigare noterat avseende internatverksamheten som pedagogiska resurser. Revisionen noterar också att möjligheten att arbeta med de rekommendationer som lämnats har begränsats av covid-19 under 2020 och 2021 eftersom stora delar av internatverksamheten har legat nere.

Vi bedömer att de rekommendationer som revisionen lämnat i granskningsrapport 2018 och i uppföljande granskning 2019 avseende internatverksamheten delvis är omhändertagna. Eftersom internaten inte varit i drift under stora delar av pandemin har dock delar av utvecklingsarbetet senarelagts.

Vi kommer fortsatt att följa styrelsens arbete med att säkerställa att skolornas internat fungerar som pedagogiska resurser inom ramen för revisionens grundläggande granskning. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed⁶.

⁶ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- intäktsprocessen
- investeringsprocessen
- löneprocessen.

Granskningen har utförts av redovisningsbyrå PwC.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av granskning av bokslutsprocessen

Revisionsbyrån PwC granskade bokslutsprocessen 2021. Granskningen resulterade i följande rekommendation riktades till styrelsen:

Revisionen rekommenderar att införa dualitetskontroll vid upprättande av manuella bokningar.

Revisionen har i år följt upp rekommendationen genom att ställa frågor till verksamhetens förvaltningschef baserat på PwC:s bedömning.

I svar från förvaltningschefen framgår att verksamheten arbetar med att implementera rutiner för manuella bokningar. I rekommendationen anges att två personer i förening ska upprätta manuella bokföringsordrar vilket är svårt att införa eftersom det är få personer på Folkhögskoleförvaltningens kansli. Arbetet inriktats på att säkra upp alla manuella bokningar med underlag och referenser i systemet så att kontroll kan göras. Förändringarna införs för att förhindra oegentligheter och att bokningar blir spårbara.

I PwC:s uppföljning av rekommendationen från 2021 anges att rekommendationen kvarstår från föregående år.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen men att vi fortsatt kommer att följa styrelsens arbete med kontroller vid upprättande av manuella bokningar.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00061

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00061

2023-03-29

Revisionsrapport:
Styrelsen för Göteborgs botaniska
trädgård – granskning av
verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00061

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Rickard Johansen och Vilma Lisboa Skarp

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån PwC

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	6
Utgångspunkter för granskningen	7
Styrelsens ansvar	7
Regionens budget	7
Revisionens granskning.....	8
Grundläggande granskning.....	10
Granskning av måluppfyllelse.....	10
Granskning av styrning och intern kontroll.....	14
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	16
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	16
Granskning av delårsbokslutet	17
Granskning av årsbokslutet	17
Uppföljning av rekommendationer.....	18
Uppföljning av rekommendation att göra en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål.....	18
Uppföljning av rekommendation att säkerställa en finansieringsplan för växthusprojektet.....	18
Det kommunala ansvarssystemet.....	19
Revisionen i korthet.....	20
Västra Götalandsregionen i korthet	21

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av tre avsnitt: grundläggande granskning samt granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	Revisionen rekommenderar styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att, i enlighet med inköspolicy, förtydliga beslutanderätten för avrop i sin delegationsordning (2020).
Grundläggande granskning redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	Revisionen rekommenderar styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att se över rutiner för beställning av varor och tjänster och eftersträva att orderläggning sker i det gemensamma inköpssystemet. Styrelsen rekommenderades vidare att överväga behovsinventering och säkerställa att avtal finns för väsentliga inköpsområden (2020).

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra förförskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård bedriver verksamhet som grundas på uppdrag från miljönämnden och ansvarar för drift och förvaltning av Göteborgs botaniska trädgård. Inom Botaniska trädgården ska det bedrivs forskning och den vetenskapliga verksamhet i övrigt som behövs för att bibehålla och utveckla institutionen som botanisk trädgård

Utöver den botaniskt systematiskt inriktade forskningen, och samverkan med Göteborg universitet, har Göteborgs botaniska trädgård också en inriktning mot kunskapsområdena biologisk mångfald, hortikultur, ekosystemtjänster och utomhuspedagogik.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Bygga kompetens – för kompetensförsörjning och livslångt lärande.
- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även verksamhetsbaserade uppdrag av miljönämnden med tillhörande mål anpassat till det egna uppdraget.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsd i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsd i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

¹ God revisionsd formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar och föreskrifter:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (2001:1).

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)
- Policy för styrning (2019-05-28)
- Långsiktig inriktning för Göteborgs botaniska trädgård (regionstyrelsen 2016-11-08)

Övriga styrande dokument:

- Styrelsens detaljbudget 2022
- Vägledning för nämnders och styrelser arbete (regionstyrelsen 2017-12-12)
- Västra Götalandsregionens ärendehandbok (regiondirektören 2017-06-26)
- Riktlinje för god ekonomisk hushållning (regionstyrelsen 2020-05-12)
- Rutin för Nämnder och styrelser rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (ekonomidirektör 2022-01-01)
- Uppdrag till styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård 2021–2024 (miljönämnden 2020-09-08)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av:

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att:

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Styrelsen har arbetat med fem av regionfullmäktiges prioriterade mål med tillhörande fokusområden under år 2022. Dessa är följande:

- Bygga kompetens – för kompetensförsörjning och livslångt lärande.
- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

I Koncernkontorets anvisning ”Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vid bedömning ska följande punkter kommenteras:

- utfall, hänvisa till indikatorer
- analys, ska förklara den bedömning av måluppfyllnad som görs
- om uppföljningen visar negativ bedömning ska det ingå en redovisning över vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen.

Vidare framgår av anvisningen att koppling av indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde. Styrelsen har arbetat med och följt upp de mål som regionfullmäktige beslutat om i budget. Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även årligen verksamhetsbaserade uppdrag av miljönämnden med tillhörande mål anpassat till det egna uppdraget.

Samtliga antagna fullmäktigemål har följts upp vid delårsrapport per augusti samt årsredovisning enligt beslutad riktlinje för koncernen. Styrelsen har kommenterat utfallet och beskrivit eventuella avvikelser samt planerade åtgärder i enlighet med rutin.³ Indikatorer och aktiviteter har tagits fram för att bedöma måluppfyllelsen för flera mål och fokusområden. En tregradig skala har använts för att bedöma måluppfyllelsen avseende mål och fokusområden vid delårsrapport per augusti och årsbokslut.

Styrelsen för botaniska trädgården bedömer tre av fem fullmäktigemål som uppfyllda i årsredovisningen.

³ Rutin för Nämnder och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (Dnr RS 2021-06437).

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Samarbete med universitetet

För att uppfylla kravet att bedriva forskning enligt styrelsens reglemente och för att uppfylla det avtal Botaniska har med Göteborgs universitet har rekrytering av professor med botanikkompetens påbörjats. Granskningen har visat att Botaniska trädgården har via dialog med Göteborgs universitet kommit överens om att utlysa en delad professorstjänst med inriktning på botanik. Ny professorstjänst har utformats på Göteborgs Universitet och parterna har under hösten påbörjat rekrytering med planerat tillträde under andra halvan av 2023.

Av våra intervjuer har framgått att Botaniska trädgården ska finansiera halva professorstjänsten, för att bekosta tjänsten kommer Botaniska trädgården att söka finansiering från stiftelser.

Revisionen kommer fortsatt följa frågan under 2023.

Skötselansvar för Änggårdsbergen

Vi har noterat att Botaniska trädgården tidigare har genomfört det nödvändiga underhållsarbetet av delar av naturreservatet Änggårdsbergen, trots avsaknad av uppdrag. Styrelsen har under året behandlat frågan och Länsstyrelsen i Västra Götaland län beslutade i början av juni 2022 om att ansvar för skötselansvaret ska delas mellan Väst kuststiftelsen, Mölndals stad och Göteborgs botaniska trädgård. Botaniska trädgården ansvarar för förvaltningen av trädsamlingen som ligger inom naturreservatet.

Säkerhet i trädgården

Det är arbetsgivarens ansvar att arbetsmiljön är god och att ingen blir sjuk, skadar sig eller dör på grund av sitt arbete. Arbetsgivarens ansvar regleras i bland annat Arbetsmiljöverkets föreskrifter (2001:1).

Granskningen har visat att under året har åtgärder vidtagits för att säkerställa säkerhet i trädgården för Botaniska trädgårdens medarbetare. Bland annat har åtgärder vidtagits för en säker utrymning vid brandincidenter. Åtgärder har även vidtagits för risken om hot och våld vid ensamarbete i besökscentrum. Vidare har flera olika säkerhetsåtgärder i trädgården vidtagits med anledning av olika markarbeten, bland annat har mötesplatser för fordon inrättats. Av våra intervjuer har framgått att dialog har förts med olika entreprenörer från huvudsakligen Västfastigheter för att minska risken för olyckor relaterat till markarbeten i trädgården.

Växthuset

Fördyrningar av växthusprojektet har behandlats i styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård under våren 2022. Kostnadsbesparande utgifter har identifierats i projektet

och beslutats om att genomföras av Fastighetsnämnden. Den 16 juni 2022 beslutade Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att ta fram konsekvensanalys av de besparingar som beslutats i fastighetsnämnden och vidarebefordras till regionstyrelsen inför beslut.

Regionstyrelsen fastställde utökad investeringsram för växthusprojektet i slutet av juni månad. Med beslutet framfördes att fastighetsnämnden och styrelsen för Botaniska trädgården i det fortsatta genomförandet själva tar beslut om vilka åtgärder som ska genomföras för att hålla projektet inom en reviderad total budget om 650 miljoner kronor. Botaniska ges tolkningsföreträde och i samband med genomförandebeslut räknas budgeten om till löpande priser med hjälp av den senaste prognosen av landstingsprisindex. Uppräkningen ger en total investeringsutgift om 716 miljoner kronor. Inriktningen är att miljönämnden står för ökade driftkostnader till följd av växthusprojektet för Göteborgs botaniska trädgård under och efter byggtid. Då investeringsutgiften överstiger 250 miljoner kronor ska berörda styrelser/nämnder, enligt gällande investeringsriktlinje, lämna information till regionstyrelsen vid passerade större milstolpar.

Revisionen kommer fortsatt följa frågan under 2023.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Botaniska trädgården visar ett underskott om 0,548 miljoner kronor som avräknas mot det egna kapitalet. Resultatet är positivt gentemot budgeterat underskott om 1,043 miljoner kronor före avräkning.

Styrelsen har uppfyllt målet om en ekonomi i balans.

Eget kapital uppgår till 0,5 miljoner kronor efter avräkning.

Botaniska trädgården visade 2021 ett positivt eget kapital på en miljon kronor. Förvaltningen budgeterade 2022 med ett underskott om en miljon kronor, efter beslut från regionstyrelsen om att få använda detta under året. Detta för att finansiera de anpassningar och ombyggnationer av växthusen som inte blev klara 2021, och som

krävs för att kunna evakuera verksamheten inför bygget av etapp två av nya växthuset.

Per delårsbokslutet i augusti visade Botaniska en positiv avvikelse mot budget som till största delen berodde på obudgeterat uttag av fondmedel avseende arbetet med nya kulturträdgårdar samt utökat driftsbidrag från miljönämnden gällande anpassning av det gamla växthuset.

Den största orsaken till avvikelsen mot budget vid årets slut är kostnader för anpassningar av befintliga växthus, vilka inte fanns budgeterade för året utan möjliggjorts genom utökat driftsbidrag från Miljönämnden. Förvaltningen begärde totalt 10 miljoner kronor i projektmedel från Miljönämnden varav 4 miljoner inte var budgeterade utan erhöles som extra medel för att finansiera anpassning av befintliga växthus.

Under året har Botaniska trädgården tagit fram en rutin, tillsammans med Koncernekonomi, för hur Botaniska trädgården ska hantera privata bidrag i det egna kapitalet framöver. De bidrag som ligger som investeringsbidrag utsträngas och resultatförs i december.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Enligt Policy Styrning i Västra Götalandsregionen ska styrelsen årligen

- beskriva sin kontrollmiljö
- identifiera och värdera risker som underlag för kontroller
- besluta om en plan för intern kontroll
- följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder
- fatta beslut om plan för intern kontroll i anslutning till beslut om detaljbudget vilken ska följa budgetåret.

Nämnden har antagit en intern kontrollplan för året som bygger på de risker som identifierats i styrelsens och förvaltningens riskanalys. Plan för intern kontroll har antagits i anslutning till budgetprocessen och omfattar sju antagna risker. Kontroller genomförs löpande och styrelsen har, förutom vid ett extrainsatt sammanträde, följt upp intern kontrollplanen på samtliga sammanträden.

Tre antagna risker omfattar växthuset och resultat av kontroller har medfört vidtagna åtgärder i flera fall. Bland annat har konsekvensanalys tagits fram till följd av förskjuten tidplan för växthuset.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed⁴.

Granskningen omfattar:

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen
- investeringsprocessen.

Resultatet av granskningen redovisas i den lägesrapport som skickades till förvaltningen i slutet av år 2022. Sammanställningen innehåller revisorernas iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Iakttagelser omfattar behov av förtydligande av delegationsordning samt behov för styrelsen att se över rutiner för beställning av varor och tjänster och eftersträva att orderläggning sker i det gemensamma inköpssystemet.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Med anledning av kvarstår två rekommendationer från 2020:

Revisionen rekommenderar styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att, i enlighet med inköspolicy, förtydliga beslutanderätten för avrop i sin delegationsordning.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att se över rutiner för beställning av varor och tjänster och eftersträva att orderläggning sker i

⁴ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

det gemensamma inköpssystemet. Styrelsen rekommenderades vidare att överväga behovsinventering och säkerställa att avtal finns för väsentliga inköpsområden.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Granskningen visar på ett utfall per sista augusti som uppgår till 0,7 miljoner kronor vilket är 0,6 miljoner högre än den periodiserade budgeten. Förvaltningens intäkter visar en positiv avvikelse mot budget med 1 miljon kronor vilket främst beror på uttag av fondmedel samt utökad driftsbidrag från miljönämnden avseende projekten kulturträdgårdar och anpassning av växthuset.

Vakanser på förvaltningen resulterar i en positiv avvikelse mot budget avseende personalkostnader om 0,7 miljoner kronor.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Inga väsentliga felaktigheter har noterats i granskningen.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av rekommendation att göra en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål

Revisionen årsrapport för 2021 visade på att det saknades en samlad bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att göra en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom granskning av delårsbokslut och årsbokslut. I granskningen noteras att Botaniska trädgården för 2022 gör en bedömning och analys av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Uppföljning av rekommendation att säkerställa en finansieringsplan för växthusprojektet

Revisionens årsrapport för 2021 konstaterade att det fanns osäkerheter kring finansieringsplanen för växthusprojektet.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård att säkerställa en finansieringsplan för växthusprojektet.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom intervjuer och dokumentgranskning och konstaterar att utökad investeringsram för växthuset godkändes av regionstyrelsen i juni månad.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00052

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Habilitering & Hälsa

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Habilitering & Hälsa – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00052

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för Habilitering & Hälsa – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Habilitering & Hälsa – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00052

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisor: Marianne Förars Gustafsson

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	6
Styrelsens ansvar	6
Regionens budget	6
Revisionens granskning.....	7
Grundläggande granskning.....	9
Granskning av måluppfyllelse.....	9
Granskning av styrning och intern kontroll.....	13
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	14
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	14
Granskning av delårsbokslutet	14
Granskning av årsbokslutet	15
Uppföljning av rekommendationer.....	15
Uppföljning av intern kontroll.....	15
Det kommunala ansvarssystemet.....	16
Revisionen i korthet.....	17
Västra Götalandsregionen i korthet	18

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av tre avsnitt: grundläggande granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att:

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning avseende verksamheten	Revisionen lämnar ingen rekommendation till styrelsen

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra förförskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

Styrelsen ska bedriva vård vid Habilitering & Hälsa. Styrelsen ska bedriva vården med professionell kompetens och säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten. Styrelsen ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen. Styrelsen svarar för drift, förvaltning och utveckling av verksamheterna inom Habilitering & Hälsa. Styrelsen ska verka för samordning och utveckling i samverkan med sjukhus och andra utförare av vårdtjänster inom sitt ansvarsområde.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras. Eget fokusområde för detta mål är arbetsmetoder som ger god effekt för patienten samt hög kvalitet och säkerhet
 - Detaljstyrning av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillitsstyrning. Mer ansvar, makt och befogenheter ska decentraliseras till första linjens chef
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka. Eget fokusområde för detta mål är effektiv vård med ökad produktion
 - Stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabesök och behandling
 - Invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling. Eget fokusområde för detta mål är stärkt arbetsgivarvarumärke
 - Låta lönesättningen präglas av större flexibilitet, där hänsyn tas till marknadssituationen och kompetensbehov samtidigt som budget ska hållas

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsred i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar

- grundläggande granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Lag om skydd för personer som rapporterar om missförhållanden (2021:890)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)
- Policy för styrning i Västra Götalandsregionen (2019-05-28 §104, diarienummer RS 2019-02491)

Övriga styrande dokument:

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (regionstyrelsen 2016-02-09)
- Västra Götalandsregionens ärendehandbok (regiondirektören 2017-06-26)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Styrelsen har i detaljbudget och verksamhetsplan brutit ned regionfullmäktiges mål och under året arbetat mot följande mål:

Styrelsens mål för medicinsk kvalitet och ökad organisatorisk effektivitet

Målet är delvis uppnått.

Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras. Eget fokusområde och mål 2022 är arbetsmetoder som ger god effekt för patienten samt hög kvalitet och säkerhet. Måluppfyllelsen mäts med de regionala indikatorerna.

- Detaljstyrning av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillsynsstyrning. Mer ansvar, makt och befogenheter ska decentraliseras till första linjens chef. Förvaltningen arbetar med de tre hörnstenarna kultur, styrning och organisation och fokuserar på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.
- Arbetsmetoder som ger god effekt för patienter och tolkanvändare. En ny och förenklad process för införande och utmönstring av nya metoder har tagits fram under året. Hörselverksamhetens vårdprocess har reviderats. Synverksamheten följer upp effekterna genom nationella kvalitetsindikatorer och under hösten nationell patient- och tolkanvändarenkät. Tolkverksamheten har tagit fram kompetensmatris för att säkerställa målen. Förvaltningens alla verksamhetsområden följdes upp med en nationell patientenkät under november.
- Hög kvalitet och säkerhet. En ny och förenklad process för in- och utmönstring av metoder har tagits fram. En ny suicidriskplan har arbetats fram och implementerats. Vårdprocesser kring nutrition, sömn samt utmanande beteende har arbetats fram. Förbättringsarbeten pågår i samverkan med barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri. Synverksamheten granskar inloggning med hjälp av systematiska stickprovskontroller för att säkerställa att åtkomsten till patientuppgifter används rätt samt kontrollerar samtidigt följsamhet till vårdprocess. Antal loggranskningar var 10 procent av totalen. Inga obehöriga inloggningar upptäcktes. Ett pågående förbättringsarbete kopplat till avvikelser handlar om att säkerställa att patienterna registreras på väntelista för rätt insatser i rätt tid.

Invánarnas tillgång till den vård de behöver ska öka

Målet är delvis uppnått.

Invánarnas tillgång till den vård de behöver ska öka. Eget fokusområde för detta mål är effektiv vård med ökad produktion. Styrelsen har arbetat med delmål *att stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabesök och behandling.*

Väntetider för hörselverksamheten har kortats under 2022. För delmål att *invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar* kan ytterligare förbättringar nås.

Synverksamheten klarar tillgänglighetsmålen.

Hörselverksamheten når ej tillgänglighetsmålen. Pandemin orsakade ett uppdämt vårdbehov vilket verksamheten delvis omhändertagit. Tillgängligheten har förbättrats under hösten.

Till habilitering barn och ungdom är väntetiderna alltför långa. Längst väntetid är det i Göteborgsområdet.

Vuxenhabiliteringen har god tillgänglighet till första besöket men lägre tillgänglighet till behandling.

Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling

Styrelsen bedömer målet som uppnått.

Långsiktigt mål är: Vi är en attraktiv arbetsgivare som erbjuder god arbetsmiljö.

Eget fokusområde för detta mål är stärkt arbetsgivarvarumärke.

Måluppföljningsområden 2022 är fortsatt införande av karriärutvecklingsmodeller, vidareutveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt samt arbeta för ett hållbart medarbetarengagemang.

Förvaltningen har fortsatt arbetat med utveckling av karriärutvecklingsmodell. En handlingsplan för att främja arbetsmiljön är framtagen.

Sjukfrånvaron har ökat under 2022 till 9,2 procent. En kartläggning som genomfördes hösten 2022 visade att cheferna har god kännedom om orsaker till frånvaron och arbetat med att förebygga sjukfrånvaro genom att ha omtankesamtal som rutin. Omtankesamtalen dokumenteras i systemet HälsoSAM.

Medarbetarenkäten under 2022 visade att det förekommer kränkande särbehandling och trakasserier. Förvaltningen har följt upp och arbetat aktivt för att motverka och för att förebygga. Alla enheter upprättar handlingsplaner med åtgärder utifrån resultatet från 2022 års medarbetarenkät.

Miljömål låg klimatpåverkan

Styrelsen bedömer målet som delvis uppnått.

Styrelsen har också i verksamhetsplan brutit ned miljömål i agenda 2030 genom mål om minskat resande och byte till miljöbilar. Förvaltningen har också arbetat med att möjliggöra arbete på distans. Arbetet med att införa miljöledningssystem påbörjades hösten 2022.

Miljöledningssystem till 2025

Målet kommer att uppnås.

Förvaltningen har under hösten tagit beslut om att förvaltningen ska vara miljödiplomerad till år 2025.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Styrelsen har en utvecklad och tydlig struktur för ledning och styrning i verksamheten och följer regelverket.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Styrelsens resultat för 2022 är 1,4 miljoner kronor. Styrelsen har uppfyllt målet om ekonomi i balans.

Tabell 2: Resultaträkning 2022

Resultaträkning (miljoner kronor)	Utfall 2022	Budget 2022	Utfall 2021	Avvikelse budget/utfall	Förändring utfall/utfall (procent)
Intäkter	984,2	969	949,1	15,2	3,7
Personalkostnader	- 582,6	- 609,3	- 567,4	26,7	2,7
Övriga kostnader	- 400,6	- 359,7	- 364,4	- 40,9	9,9
Kostnader	- 983,2	- 969,0	- 931,9	-14,2	12,6

Regionbidrag	869,7	863,8	846,9	5,9	2,7
Finansiella poster	178	160	-0,004	0,018	
Resultat	1,4	1,4	18,7	0	

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Nämnden har utformat ett system för den interna kontrollen och upprättat och synliggjort dokument för verksamheten att följa. Dokumentation och uppföljning görs i Plan & Styr. Förvaltningen följer upp kontroller på ett i tillräcklig utsträckning systematiskt sätt. Styrelsen har utformat kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på nämndens styrning och uppföljning.

Förvaltningen har upprättat rutiner för att motverka och upptäcka oegentligheter, mutor och bestickning vilka bygger på regionens övergripande policy. Förvaltningsledningen har delvis genomfört kontroller där det finns risker för att oegentligheter, mutor och bestickning kan förekomma. Rutinerna kan utvecklas.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed³.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

³ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av intern kontroll

Revisionen granskade styrelsens styrning och beslut 2021.

Revisionsenheten bedömde att styrelsen för Habilitering & Hälsa i allt väsentligt hade en tillräcklig intern kontroll. Riskanalysen var omfattande och berörde en stor del av styrelsens ansvarsområde. Vår bedömning var att arbetet följde regionens riktlinjer för internkontroll.

Revisionsenheten granskning visade dock att styrelsen inte i ett ärende hanterat delegering till ordförande rätt ställt till kommunallagen då ärendet inte anmälts på nästkommande möte. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att delegeringsordning följs.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att granska styrelsens åtgärder i dokument och frågor till förvaltning.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markerar en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträdas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1 100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00058

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för kulturutveckling

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för kulturutveckling – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00058

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för kulturutveckling – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för kulturutveckling – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00058

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisor: Frida Karlsson

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån PwC

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	6
Utgångspunkter för granskningen	7
Styrelsens ansvar	7
Regionens budget	8
Revisionens granskning.....	8
Grundläggande granskning.....	10
Granskning av måluppfyllelse.....	10
Granskning av styrning och intern kontroll.....	13
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	15
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	15
Granskning av delårsbokslutet	15
Granskning av årsbokslutet	16
Uppföljning av rekommendationer.....	16
Det kommunala ansvarssystemet.....	17
Revisionen i korthet.....	18
Västra Götalandsregionen i korthet.....	19

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av tre avsnitt: grundläggande granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning avseende verksamheten	Vi lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	Vi lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen
Uppföljning av rekommendationer	Inga rekommendationer lämnades i föregående års granskning.

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra förförskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt reglementet ska styrelsen bedriva verksamhet inom områdena kultur, natur- och kulturarv. Styrelsen ska bidra till ett rikt kulturliv i ett sammanhållet Västra Götaland. Styrelsen ska vidare:

- a) erbjuda kunskap kring samordning och genomförande av projekt och aktiviteter samt i vissa fall säkerställa genomförande av projekt på uppdrag av och i samarbete med kommunerna och civilsamhället
- b) erbjuda viss specialistkunskap inom kultur, natur- och kulturarvsområdena till stöd för kommunerna och civilsamhället i deras ansvar och engagemang för genomförande och främjande av utveckling inom kulturområdet
- c) driva museer och i vissa fall besöksmål med regionalt och/eller nationellt intresse inom kompetensområdet
- d) ansvara för lagstyrd samlingsförvaltning för de egna samlingarna inom kompetensområdet
- e) ansvara för den regionala nivåns uppdrag enligt bibliotekslagstiftningen och i samråd med kommunerna driva och utveckla verksamheten enligt regionens strategiska dokument inom området
- f) vara en del av den nationella och regionala infrastrukturen för forskning och utveckling inom kompetensområdet
- g) på uppdrag av kulturnämnden aktivt delta i samverkan på regional, nationell och internationell nivå inom kompetensområdet

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Stärka innovationskraften – för ett hållbart och konkurrenskraftigt näringsliv i framkant.
- Bygga kompetens – för kompetensförsörjning och livslångt lärande.
- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionssed i kommunal verksamhet¹. Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

¹ God revisionssed formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-09-03)
- Policy styrning i Västra Götalandsregionen (2019-07-01)
- Vägledning för styrelser och styrelsers arbete (2017-12-12)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och har vid behov agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Regionfullmäktige formulerar prioriterade mål, varefter nämnder och styrelser ansvarar för att bidra till måluppfyllelse i förhållande till den politiska viljeriktningen. I ansvaret ingår att välja in och bryta ner budgetmålen för den egna verksamheten med syfte att skapa handlingskraft och effekt. Fokusområdena ska betraktas som regionfullmäktiges uppdrag till de nämnder och styrelser som berörs av respektive fokusområde.

I Koncernkontorets anvisning ”Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. I uppföljningen ska måluppfyllelsen analyseras och det ska framgå varför bedömningen ser ut som den gör. Om bedömningen är negativ ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vidare ska hänvisning göras till relevanta indikatorer och aktiviteter som en del av analysen.

Vidare framgår av anvisningen att det ska göras en koppling av aktiviteter i årsredovisningen under respektive mål och fokusområde. Status på aktiviteter ska anges (pågående, avslutad, planerad eller pausad).

Styrelsen för kulturutveckling har under 2022 arbetat med fyra av regionfullmäktiges prioriterade mål med tillhörande fokusområden. Granskningen har visat att styrelsen har gjort en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål i delårsrapporten per augusti år 2022 samt i årsredovisningen år 2022.

I delårsrapporten per augusti redovisas bedömning för helåret för samtliga av regionfullmäktige prioriterade mål. Samtliga prioriterade mål bedöms som gula, det vill säga *kommer delvis att uppnås*. Fokus i analysen ligger på att redogöra för det arbete som bedrivs för att nå målen och fokusområdena. Många aktiviteter och samarbeten beskrivs men i flera fall saknas tydligt status på aktiviteterna. Det framgår inte heller helt tydligt i analysen varför bedömningen ser ut som den gör.

I årsredovisningen har styrelsen redovisat måluppfyllelsen för regionfullmäktiges prioriterade mål och arbetet med fokusområden som hör till de prioriterade målen. Fokusområdena redovisas med aktiviteter, kommentarer/analyser, måluppfyllelse samt status avslutad eller pausad. Av regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden har styrelsen för kulturutveckling gjort följande bedömning av måluppfyllelsen i årsredovisningen:

- Stärka innovationskraften – för ett hållbart och konkurrenskraftigt näringsliv i framkant.
Målet är delvis uppnått
- Bygga kompetens – för kompetensförsörjning och livslångt lärande.
Målet är delvis uppnått
- Kultur för ökad inkludering, bildning och tillit.
Målet är delvis uppnått
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant
Målet är delvis uppnått

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Detaljbudget är framtagen i enlighet med riktlinjer från regionstyrelsen/Koncernkontoret. I detaljbudget 2022 har de prioriterade målen och fokusområden brutits ner till aktiviteter. Det finns en omfattande och ambitiös aktivitetsplan för verksamheten. I detaljbudget finns många mål vilket hänger ihop med att styrelsen också har att förhålla sig till kulturnämndens mål för verksamheten. Målstyrningen förefaller därför vara något otydlig och styrelsen har en komplex målstruktur med många mål att förhålla sig till. I granskningen kan vi konstatera att det skett ett arbete med att förtydliga kopplingen och bryta ner målen för att förbättra uppföljningen. Arbetet fortsätter även under 2023.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Det ekonomiska resultatet för verksamhetsåret 2022 blev + 1,0 miljoner kronor. I delårsbokslutet per augusti lämnade förvaltningen en prognos på +/- 0 miljoner kronor. Den positiva budgetavvikelsen beror dels på en viss förstärkning av

driftbidraget från kulturnämnden, dels lägre personalkostnader än budgeterat. Egenfinansiering har ökat i form av ökad volym för projekt- och uppdragsverksamheten vilket ger förbättrade möjligheter att effektivisera användandet av budgeterade kostnader.

Processen för att hitta ny huvudman för Studio västsvensk konservering har fortsatt under 2022. Förhandlingar pågår med Göteborgs universitet om ett övertagande av huvudmannskapet för Studio västsvensk konservering, SVK. Beslut förväntas under första kvartalet nästa år. Ekonomiskt redovisar SVK ett underskott på 2,5 miljoner kronor. Pågående om- och nybyggnationer i området har haft direkt påverkan på verksamheten samt fått negativa konsekvenser för arbetsmiljö och ekonomi. Förvaltningen har i samband med utredningen om förändrat huvudmannskap framfört behovet av ett finansierat uppdrag från ägaren.

Granskning av ekonomistyrning

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens ekonomistyrning.

Det har generellt inte behövt vidtas åtgärder eftersom styrelsen som regel redovisar ekonomiska överskott varje år. Under 2022 har dock den försenade processen om att hitta ny huvudman för studio västsvensk påverkat budgeten negativt.

Förvaltningen har under året påbörjat en översyn av följande ekonomiprocesser

- Budgetprocessen - förändringen har syftat till att öka verksamhetens delaktighet i förvaltningen för kulturutveckling, för att höja kvaliteten och förståelsen för budget. Det verksamhetsnära ekonomistödet har utökats.
- Uppföljningsprocessen - infört uppföljningssystem Power BI kommer att vara ett viktigt stöd i den fortsatta utvecklingen.
- Investeringsprocessen - verksamhetens delaktighet har ökat i processen

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Styrelsen har i huvudsak utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning hanterar brister i styrelsens ordinarie systematiska styrning och uppföljning. Systemet för intern kontroll följer i huvudsak Västra Götalandsregionens riktlinjer.

Intern kontrollplan inklusive riskanalys 2022 beslutades av styrelsen 2021-10-28. Styrelsen beslutade i samband med fastställande av intern kontrollplan 2022 att uppföljningsrapporter ska lämnas till styrelsen i samband med delårsboksluten i april och augusti, samt i december. Av rapporteringen framgår hur kontrollen utförts, resultatet av den samt förekommande avvikelser samt förslag på åtgärder.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed³.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

³ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Inga rekommendationer lämnades i föregående års granskning.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (nämnder, styrelser, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och styrelser. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Nämnder, styrelser och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga styrelser. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markerar en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisions sed i kommunal verksamhet. God revisions sed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisions sed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive styrelse, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin styrelse eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00046

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för NU-sjukvården

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för NU- sjukvården – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00046

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för NU- sjukvården – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för NU-sjukvården – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00046

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Ulf Aronsson och Frida Karlsson

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte

Kvalitetsgranskare: Maria Gabrielsson Fredrikson

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	8
Styrelsens ansvar	8
Regionens budget	8
Revisionsenhetens granskning	9
Grundläggande granskning.....	11
Granskning av måluppfyllelse.....	12
Granskning av styrning och intern kontroll.....	26
Fördjupad granskning.....	30
Granskning av uppdämt vårdbehov.....	31
Granskning av strategisk kompetensförsörjning	32
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	34
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	35
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	36
Granskning av delårsbokslutet	36
Granskning av årsbokslutet	37
Uppföljning av rekommendationer.....	37
Det kommunala ansvarssystemet.....	38
Revisionen i korthet.....	39
Västra Götalandsregionen i korthet	40

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionsenheten har genomfört under 2022 avseende styrelsen för NU-sjukvården.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått, och du hittar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionsenhetens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen för NU-sjukvården har skött verksamheten på ett i all väsentlighet ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen och den tillträdande styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

I Tabell 1–3 nedan framgår de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer som den grundläggande granskningen gett upphov till

Område	Rekommendation
Ekonomi och Verksamhet	Revisionsenheten rekommenderar den tillträdande styrelsen för NU-sjukvården, att i det fall utfall och/ eller årsprognoser under året avseende måluppfyllelse för verksamhet och/ eller ekonomi för 2023 väsentligt avviker från budgeterade målnivåer, formellt tar initiativ till gemensam analys tillsammans med regionstyrelsens ägarutskott och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i enlighet med gällande övergripande principer för verksamhets- och ekonomistyrningen av Västra Götalandsregionen.

Tabell 2: Sammanställning av rekommendationer som de fördjupade granskningarna gett upphov till

Område	Rekommendation
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	<p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod. • utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi • säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet • utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus • utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen

	<ul style="list-style-type: none"> • säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir. <p>Sjukhusstyrelserna uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.</p>
Granskning av uppdämt vårdbehov	Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.

Tabell 3: Sammanställning av rekommendationer som den granskningen av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut gett upphov till

Område	Rekommendation
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner (Deloitte)	<p>Processen för anläggningstillgångar</p> <p><i>Rekommendation:</i> Vi rekommenderar NU-sjukvården att även tilldela denna form av anläggningar ett unikt ID-nummer, för att göra det möjligt att kunna spåra även denna form av anläggningar till leverantörsregistret.</p> <p>Bokslutsprocessen</p> <p><i>Rekommendation:</i> För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder Om det ej är möjligt att införa en systemspärr rekommenderar Deloitte förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorders, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest ej sker av samma person.</p> <p>Manuella bokföringsordrar</p> <p><i>Rekommendation:</i> Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.</p>
Årsbokslutet	Ingen

Utgångspunkter för granskningen

Revisionsenheten granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt reglementet ska styrelsen för NU-sjukvården bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen.¹

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade, som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen för NU-sjukvården har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka

¹ § 2 (A-del) Reglemente för styrelsen för sjukhusen i väster, Dnr: RS 2018-03535.

- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Utöver regionfullmäktiges mål har styrelsen för NU-sjukvården beslutat om ytterligare prioriterade förvaltningsmål – som sorteras in under regionfullmäktiges mål – anpassade till det egna uppdraget. Här följer ett urval av dessa:

Verksamhet

- Personer/patienters upplevelse ska vara att de fått ett gott bemötande i sina kontakter med NU-sjukvården.
- Personer/patienter ska ges vård med hög medicinsk kvalitet
- Invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar.
- Vården tar utgångspunkt i personen och ges där man befinner sig när det är möjligt.
- NU-sjukvården arbetar aktivt med att förbereda medarbetare, teknik, och processer inför införandet av nytt journalsystem.
- Hela organisationen ska genomföras av ständiga förbättringar.
- Starkt fokus på patientsäkerhet.

Medarbetare

- Beslut ska fattas på lägsta möjliga nivå.
- Närvarande ledare som tydligt definierar uppdrag och arbetsuppgifter samt har god kännedom om medarbetarnas dagliga situation
- Säkerställa en hög kompetens hos NU-sjukvårdens medarbetare
- Öka antalet anställda medarbetare för att täcka resursbehovet samt frånvarotäckning.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionsenhetens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsred i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionssed i kommunal verksamhet². Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionsenheten när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen för NU-sjukvården 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

² God revisionssed formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

- Annan relevant lagstiftning för en utförare inom sjukvården

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige samt övriga styrande dokument:

- Budget 2022 för Västra Götalandsregionen (2021-06-07)
- Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården (2021-11-30)
- Policy, Styrning i Västra Götalandsregionen (2019-05-28)
- Västra Götalandsregionens ledningssystem
- Ärendehandbok – Riktlinjer för ärendeberedning i Västra Götalandsregionen (2017-06-26)
- Regionens riktlinjer och instruktion för upprättande av detaljbudget
- Västra Götalandsregionens ekonomihandbok
- Regionens riktlinjer för återrapportering i Plan & Styr
- Riktlinjer för patientsäkerhet
- Patientsäkerhetsplan 2022
- Regionens riktlinje mot korruption, mutor och jäv

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen³.

Arbetsmetodiken för den grundläggande granskningen av styrelsen för NU-sjukvården 2022 har varit följande:

- Granskning av styrelseprotokoll samt protokoll från verksamhetsledning, i vilken bedömning av beslut och underlag till dessa görs löpande under året.
- Löpande möten med förvaltningsledning med fokus på verksamhet, ekonomi, HR-frågor och styrning mot regionfullmäktiges mål och fokusområden – främst utifrån delårsrapporter och årsredovisning.

³ Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

- Fördjupade granskningsinsatser inom ramen för grundläggande granskning.
- Fördjupade intervjuer inom områden där revisionsenheten vill öka sin förståelse av verksamheten, eller skapa underlag för dialogmöten med revisorskollegiet.
- Revisorskollegiets dialogmöten med styrelsens presidium – för 2022 i maj och oktober, med fokus på styrelsens hantering av identifierade revisionsrisker och eventuella frågor som aktualiserats under året.

Granskning av måluppfyllelse

Revisionsenheten ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Iakttagelser

Resultatet från styrelsen för NU-sjukvårdens styrning utifrån regionfullmäktiges mål och fokusområden redogörs för främst under avsnitt 2.1 och 3.1 i Årsredovisning 2022. Även i övriga avsnitt i årsredovisningen redogörs för väsentliga resultat och verksamhetsindikatorer – utveckling av dessa, aktiviteter som genomförts under året. I årsredovisningen lyfts bland annat följande:

De första månaderna påverkades av pandemins fjärde våg. Problemet var framför allt inte vård av svårt sjuka patienter utan den stora frånvaron bland medarbetare. Under

fortsättningen av våren nåddes inte full produktion beroende på personalbrist och konsekvensen att färre vårdplatser kunde hållas öppna. Konsekvensen för vården har varit att vård som kan anstå ej genomförts fullt ut. Detta påverkar NU-sjukvårdens möjligheter att nå upp till målsättningarna med 100 % måluppfyllelse av tillgängligheten.

Under hösten har produktionstakten varit hög. Genom kökortningsinsatser och överbeläggningar har tillgängligheten höjts från 52 till 63 % för första besök (inklusive medicinskt orsakad och patientvald väntan). För behandlingar/åtgärder har tillgängligheten höjts från 53 till 71 %. Trots stora insatser under hösten var det inte möjligt att återta den förlorade produktionen från januari till april vanligtvis de mest produktiva månaderna på året. Konsekvensen blir att intäkterna inte når upp till budgeterade nivåer. Tillgänglighetsarbetet behöver därför även 2023 vara en fokuserad fråga för att uppnå de lagstadgade kraven.

I styrelsepresentation inför beslut om årsredovisningen 2022 informeras bland annat om:

- Slutenvård inom somatiken hamnade för 2022 klart under plan både när det gäller vårdtillfällen (-13 procent) och DRG-poäng (-6 procent), men på ungefär på samma nivå som samma period föregående år.
- Besök inom öppenvården hamnade för 2022 klart under budget (-12 procent) och även lägre än 2021.
- Tillgänglighetsinsatser inom PK och RSTL hamnade under budget för både besök och behandlingar.
- Antalet nettoårsarbetare ökade i december med 92 jämfört med samma period föregående år, och uppgick till totalt 4 138 (ökning främst för undersköterskor, farmaceuter och läkare). Av ökningen kan 46 härledas till övertag av verksamheten från Aleris.

Styrelsen har enligt ovan arbetat med fyra av regionfullmäktiges prioriterade mål samt ett antal förvaltnings specifika mål under 2022. I årsredovisningen redogörs för nyckelaktiviteter, händelser samt till delar konkret måluppfyllelse för de definierade målen. Avvikelse kommenteras och i förekommande fall redogörs för hur styrelsen agerar på dessa.

Samtliga mål definierade i budgeten för 2022 redogörs för i årsredovisningen, och revisionsenheten har beaktat dessa i vår bedömning. Årets grundläggande granskning av målstyrningen bekräftar i allt väsentligt den bild av måluppfyllelse som redovisas av styrelsen – såväl de fyra målen ovan, som de förvaltnings specifika.

Indikatoruppföljningen ger att NU-sjukvården inom flera områden inte når upp till målsättningarna enligt budget. De från årsredovisningen inklippta kommentarerna ovan ger en översiktlig bild av de viktigaste faktorerna som påverkat detta. För ytterligare förklaringar hänvisar vi till årsredovisningen.

Bedömning

Granskningen visar att styrelsen för NU-sjukvården följer upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och revisionsenheten konstaterar att delårsrapporter och årsredovisning i allt väsentligt följer den rubrikstruktur och anvisningar som finns inom Västra Götalandsregionen. Vi har uppmärksammat förvaltningsledningen på att i delårsbokslut även ska redogöras för prognostiserad måluppfyllelse för helåret.

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för NU-sjukvårdens målstyrning i allt väsentligt varit ändamålsenlig 2022 och att en god grund lagts för målstyrningen 2023 i budget och verksamhetsplan för 2023. Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har styrt, följt upp och redovisat måluppfyllelsen ställt mot budgeten 2022. Revisionsenheten bedömer vidare att avvikelser mot definierade mål i budget för 2022 – utifrån de omständigheter som rått under 2022 – inte kan betraktas som väsentliga ur ett ansvarsprövningsperspektiv.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning. Utgångspunkten för årets granskning har bland annat varit om styrelsen

- systematiskt och regelbundet följt upp och analyserat till exempel produktivitet, prestationer, patientsäkerhet, arbetsmiljö et cetera
- fattat tillräckliga och ändamålsenliga beslut om åtgärder för att korrigera eventuella avvikelser i verksamheternas resultat i relation till exempelvis verksamhetsplan och budget, överenskommelser eller andra uppdrag
- medverkat i de regiongemensamma initiativ som varit aktuella under året på ett ändamålsenligt sätt
- vid behov uppmärksammat regionfullmäktige/regionstyrelsen/ Koncernkontoret på brister i uppfyllelse av uppdrag.

Nedan redogörs översiktligt för följande fördjupade granskningsinsatser inom ramen för den grundläggande granskningen under 2022:

- Det lokala FVM-projektet
- Tillräcklig transparens och proaktivitet i ägardialog
- Styrning och uppföljning av fokusområden identifierade i Patientsäkerhetsberättelse
- Arbetsmiljö
- Kompetensförsörjning

Det lokala FVM-projektet

Iakttagelser

Iakttagelser baseras på dokumentgranskning samt intervjuer med lokal projektledare och styrgruppsrepresentant. Revisionsenheten har haft full tillgång till all dokumentation på den lokala projektplatsen för projektet.

Från den 1 november 2022 gäller en delvis förändrad regional styrning och ledning av hälso- och sjukvårdens digitalisering i Västra Götalandsregionen, som även berör det regionala programmet FVM – Framtidens vårdinformationsmiljö.

Syftet är att renodla arbetet med Millennium och öka linjeansvaret för arbetet med förändrande (ofta digitala) arbetssätt, regional standardisering och gemensamma processer. FVM delas nu upp i:

- Program Millennium som kommer att fokusera på design och införande av nytt journalsystem.
- Hälso- och sjukvårdens digitalisering, som omfattar digitalisering i ett bredare perspektiv och som har en tydlig koppling till linjeorganisationen i Västra Götalandsregionen.

Den översiktliga granskningen ger att den lokala organisationen fortsatt förefaller vara relevant, och rimligt bemannad och anpassad till det aktuella regionala upplägget. Projektstyrningen förefaller vara ändamålsenlig. NU-sjukvården medverkar på ett konstruktivt sätt i det regionala programmet och lyfter väsentliga frågor på ett tillfredsställande sätt.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att NU-sjukvårdens styrelse och förvaltningsledning i allt väsentligt styr och följer upp det lokala FVM-projektet på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt.

Tillräcklig transparens och proaktivitet i ägardialog

Detta område har täckts in genom protokollgranskning samt som agendapunkt på samtliga avstämningsmöten med verksamhetsledning och vid revisorskollegiets dialogmöten med presidiet för NU-sjukvårdens styrelse.

Iakttagelser

Vid arbetsmötet med presidiet för NU-sjukvårdens styrelse i oktober redogjordes för följande frågor som varit aktuella under året:

- Övertagande av den nära specialiserade vården i Fyrbodal
 - 14 månaders interimslösning för 7 specialiteter i avvaktan på en långsiktig lösning för Fyrbodals invånare
- Regional laboratoriemedicin
 - Faktureringen fungerar inte

- Särskilt arbete pågår ihop med controllerorganisationen samt redovisningschef
- Kronisk överbelastning av den rättspsykiatriska vården
 - På årsbasis blev den genomsnittliga överbeläggningen under året 4 patienter, dvs i genomsnitt ligger det inne 58 patienter på 54 vårdplatser. Varje plats ersätts med 2,5 mnkr, vilket medför att NU går miste om ca 10 mnkr i ersättning.
 - Diskussion pågår om den långsiktiga lösningen ökat platsantal <--> bättre samarbete med kommunerna och ökad öppenvård
- Förutsättningar för förvaltningsplan och budget inför 2023

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för NU-sjukvården har varit transparent och proaktiv i ägardialogen.

Styrning och uppföljning av fokusområden identifierade i patientsäkerhetsberättelse för 2022

Iakttagelser baseras på dokumentgranskning samt intervjuer med chefsläkare och chefsjuksköterska. Särskilt fokus har getts till förvaltningens arbete med

- implementeringen av ett förvaltningsövergripande patientsäkerhetsårshjul
- dialogmöten med verksamhetsledning
- implementeringen av PREM (Patient Reported Experience Measures).

Iakttagelser

I patientsäkerhetsberättelse för 2022 redogörs för NU-sjukvårdens arbete med att hantera patientsäkerhet, hur arbetet genomförts under 2022 samt måluppfyllelse 2022.

Revisionsenhetens granskning av styrelsens arbete under året, dokumentgranskning samt genomförda möten med biträdande sjukhusdirektör, chefsläkare, chefsjuksköterska med flera, styrker i allt väsentligt informationen i Årsredovisning 2022 avseende patientsäkerhet samt patientsäkerhetsberättelse för 2022.

I årsredovisningen för 2022 lyfts bland annat följande avseende de områden som revisionen fokuserat på:

Tabell 4: Patientsäkerhet

	Resultat
Implementeringen av det förvaltningsövergripande Patientsäkerhetsårshjul - Förstå upplägget och följa upp delar av resultat	Från årsredovisning 2022: <i>Fokus i patientsäkerhetsårshjulet ligger på utbildning, information och kvalitetssäkring för medarbetare, medborgare och patienter. Under 2022 har förvaltningen fullföljt ett helt årshjul och utvärdering visar att verksamheter använder årshjulet både som för att uppmärksamma</i>

	<i>en aktivitet aktuell vecka, men också för att hämta fördjupad information och kunskap under hela året.</i>
Resultat från dialogmöten med verksamhetsledningar – uppföljning	Från årsredovisning 2022: <i>Under året startades patientsäkerhetssamtal där chefläkare och chefssjuksköterska med team besöker samtliga slutenvårdsenheter. Under dessa besök möts verksamhetsföreträdare och stabsresurser och resonerar gemensamt hur man för varje individuell verksamhet bäst stödjer det fortsatta patientsäkerhetsarbetet. Goda exempel fångas och sprids vidare i förvaltningen. Patientsäkerhetssamtalet har av alla parter blivit en uppskattad aktivitet. Det NU-sjukvården till vardags kallar "The Story", det vill säga de patientsäkerhetsindikatorer och avvikelser som refererar till fallskador, vårdrelaterade infektioner, trycksår och malnutrition ges särskild uppmärksamhet i patientsäkerhetssamtalet där en dialog förs kring vårdenheternas säkerhetskultur.</i>
Implementeringen av PREM (Patient Reported Experience Measures) – fokus, i vilken grad resultat faktiskt utnyttjas i förbättringsarbete/utveckling av verksamheten	Från årsredovisning 2022: <i>Patientrapporterad upplevd kvalitet i PREM-mätningen (Feedback NU) är mycket hög.</i> På frågan – Har ditt aktuella behov av vård/behandling blivit tillgodosett? – ligger nöjdheten mellan 85 och 90 procent samtliga månader under 2022, att jämföra med det regionala målet på 80 procent.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för NU-sjukvården i allt väsentligt styrt och följt upp patientsäkerheten på ett tillfredsställande och ändamålsenligt sätt. Revisionsenhetens översiktliga bedömning av resultat och analyser är att styrelsen för NU-sjukvården inom flera områden stärkt patientsäkerheten. Revisionsenheten konstaterar dock att det hittills är svårt att utvärdera konkreta effekter av arbetet med patientsäkerhetsårshjulet och dialogmötena, vilket ger att vi kommer följa upp dessa även i revisionen under 2023.

Arbetsmiljö

I granskningen har vi skriftligt ställt övergripande frågor avseende systematisk arbetsmiljö till förvaltningsledningen, vilka har följts upp vid möten med förvaltningens HR-chef samt HR-strateger.

Iakttagelser

I granskningen framkommer inga indikationer på väsentliga brister i styrningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Följande områden har omfattats av granskningen; det systematiska arbetsmiljöarbetet, riskhantering, tillbudsrapportering och uppföljning.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för NU-sjukvården i allt väsentligt säkerställer att lagens krav på god arbetsmiljö uppfylls genom sin styrning och uppföljning.

Kompetensförsörjning

Följande områden har varit föremål för särskilt fokus i den grundläggande granskningen 2022:

- Utveckla och stärka arbetet med arbetstidsförläggning, scheman och samplanering av flera kompetenser
- Utveckla lärmiljöer, handledning och arbetssätt för att skapa förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning för samtliga berörda yrkeskategorier och kompetenser

Iakttagelser baseras på dokumentgranskning, två möten med personalchef samt diskussioner förda vid de två arbetsmöten med presidiet för styrelsen för NU-sjukvården som genomförts under året.

Iakttagelser

I styrelsen för NU-sjukvårdens årsredovisning för 2022 och vid dialogmöte med revisorerna i oktober lyfts bland annat följande avseende områdena ovan:

Tabell 5: Kompetensförsörjning

	Resultat
Utveckla och stärka arbetet med arbetstidsförläggning, scheman och samplanering av flera kompetenser	Styrelsen redogjorde för följande vid dialogmötet i oktober 2022 <ul style="list-style-type: none">• <i>Omvårdnadspersonal arbetar med några undantag antingen på 10 veckors eller fast schema</i>• <i>Schemaläggningen sker behovsbaserat på allt för små enheter vilket medför att schemaläggning som också planerar för frånvarotäckning ej kan ske</i>• <i>Läkarscheman är inte synkroniserade med omvårdnadspersonalen och är ej behovsstyrda</i>
Utveckla lärmiljöer, handledning och arbetssätt för att skapa förutsättningar för	Från årsredovisningen 2022: <i>Under 2022 har NU-sjukvården ingått ett partnerskap med Högskolan Väst (HV). Ett viktigt strategiskt steg som lägger</i>

<p>verksamhetsförlagd utbildning för samtliga berörda yrkeskategorier och kompetenser</p>	<p><i>grunden för en god samverkan kring kompetensförsörjning och möjlighet till ett livslångt lärande för våra medarbetare. Under året har också arbetet intensifierats med att etablera kompetensutveckling för medarbetare, simulering och färdighetsträning, studentutbildningar samt FoU inom ett eget verksamhetsområde.</i></p>
---	--

Målsättningar, aktiviteter och resultat avseende kompetensförsörjning redogörs för i årsredovisningen under avsnittet om regionfullmäktiges mål ”Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling”. Detta omfattar följande fokusområden och förvaltningsmål:

Fokusområde: Ett stärkt chefskap och implementering av tillitsstyrning

- Förvaltningsmål: Tillit samt Tydligt och närvarande ledarskap

Fokusområde: Klara behovet av utbildningsplatser i organisationen

- Förvaltningsmål: Kompetensförsörjning med följande prioriterade delområden:
 - Utbildning som matchar vårdprofessionernas framtida kompetensbehov
 - Interprofessionellt lärande och kompetensbreddning
 - Policypåverkan
 - Personcentrerad vård
 - Vårdens digitalisering
 - Ledarskap och styrning
- Förvaltningsmål: Totalbemanning, med vilket avse att öka antalet anställda medarbetare för att täcka resursbehovet samt frånvarotäckning. Detta ska leda till ökad andel vikariat med tillsvidareanställd personal, bättre möjligheter att bemanna storhelger och sommartid samt lägre kostnader.
- Förvaltningsmål: Organisationskultur
- Förvaltningsmål: Tydliga karriärmöjligheter

Revisionsenhetens granskning av styrelsens arbete under året, genomförda möten och löpande dokumentgranskning inom ramen för den grundläggande granskningen, styrker i allt väsentligt informationen i årsredovisningen avseende kompetensförsörjning.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt hanterat de områden som revisionen haft särskilt fokus på under 2022 avseende kompetensförsörjningen, inom ramen för den grundläggande granskningen.

Sammanfattande bedömning av måluppfyllelse och styrningen av verksamheten 2022

Utifrån iakttagelserna ovan kring styrelsen för NU-sjukvårdens måluppfyllelse avseende verksamhet och verksamhetsstyrning, har revisionen att bedöma och ta ställning till två av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred.

I Tabell 6–7 nedan redogör revisionsenheten för sina bedömningar ställt mot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

Tabell 6: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – verksamhet)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
Styrelsen uppnår inte fullmäktiges verksamhetsmål, uppdrag eller föreskrifter för verksamheten. Det handlar om väsentliga brister eller avvikelser.	Styrelsen uppnår inte samtliga regionfullmäktiges mål. Revisionsenheten bedömer dock att avvikelser – utifrån de omständigheter som rått under 2022, vilka kortfattat redogörs för ovan och utförligare i NU årsredovisning för 2022 – inte kan betraktas som väsentliga ur ett ansvarsprövningsperspektiv.
Styrelsen vidtar inte tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, t.ex. uppnå fastställda verksamhetsmål eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning. De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.	Revisionsenheten bedömer att styrelsen har hållit sig tillräckligt informerad och i allt väsentligt styrt utifrån fastställd budget för 2022.

Tabell 7: Grund för ansvarsprövning (Brister i styrning och intern kontroll av verksamhet)

Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån de beslut, riktlinjer, rutiner med mera som nämnden lagt fast. De efterfrågar inte resultat och analys.	Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på.
Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till fullmäktige till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan. Styrelsen har varit passiv eller brustit i sin uppsiktsplikt.	Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på.

Revisionsenheten bedömer därmed att styrelsen för NU-sjukvården i allt väsentligt skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Vi lämnar ingen rekommendation avseende verksamhetsstyrning med anledning av granskningen.

Ekonomi

Revisionsenhetens granskning av måluppfyllelse avseende ekonomi och ekonomistyrning utgår från styrelsen för NU-sjukvårdens verksamhetsplan och budget för 2022, och att dessa

- är upprättade i enlighet med riktlinjer från regionstyrelsen och Koncernkontoret
- har brutits ner till lägsta relevanta verksamhetsnivå
- hanterar relevanta risker som identifierats av styrelsen
- är i balans och hanterar identifierade utmaningar för att uppnå en sådan
- är kommunicerade med och accepterade av medarbetare och chefer i organisationen.

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

Iakttagelser

NU-sjukvården redovisar i årsredovisningen ett resultat om -29,8 miljoner kronor för 2022. I budgeten för 2022 bedömdes en ekonomisk utmaning inför 2022 om 35–45 miljoner kronor. Verksamhetsresultatet för 2021 var 40,4 miljoner kronor och NU-sjukvården överträffade regionfullmäktiges mål med 137,4 miljoner kronor. Resultatet för 2022 motsvarar 0,5 procent av verksamhetens intäkter.

Bruttokostnadsutveckling vid utgången av 2022 är 3,3 procent att jämföra med 1,8 procent 2021.

Styrelsen gav en nollprognos vid delårsrapport per augusti, samtidigt som man då redovisade en budgetavvikelse om -41 miljoner kronor. Nyckeln till ett nollresultat uppgavs då vara en ökad produktion inom ordinarie verksamhet och körkortning samt att komma till rätta med underskott inom regional laboratoriemedicin.

Orsakerna till det ekonomiska underskottet kommenteras enligt följande i styrelsematerialet inför beslut om årsredovisningen 2022:

- *Intäkterna hamnade 54 mnkr bättre än budget, vilket främst beror på ersättning för merkostnader covid-19, lönesatsningar och statsbidrag (sjukskrivningskostnader och uppdamt vårdbehov).*
- *Ersättning för tillgänglighet/RSTL hamnade 54 mnkr sämre än budget*
- *Kostnaderna hamnade 86 mnkr sämre än budget, vilket främst beror på höga kostnader för bemanningsföretag, laboratoriemedicin SU och diabetes hjälpmedel.*
- *Kostnadsutvecklingstakten, rullande 12, uppgick i december till 3,3 procent, vilket är 0,3 procentenheter högre jämfört med november. Exklusive identifierade merkostnader covid-19 uppgick kostnadsutvecklingen till 4,7 procent.*

Årets grundläggande granskning bekräftar i allt väsentligt den bild av måluppfyllelse som redovisas av styrelsen enligt ovan.

Granskning av ekonomistyrning

Iakttagelser

Styrelsen för NU-sjukvården har i månads- och delårsbokslut samt vid möten med ägarutskottet under året redogjort för aktuellt resultat, aktuell prognos och de verksamhetsmässiga och ekonomiska utmaningar som NU-sjukvården står inför.

NU-sjukvården har valt att hantera åtgärder för ekonomi i balans inom ramen för ordinarie verksamhetsplan och budget för 2022.

Som tidigare år avviker faktiskt utfall avseende kostnader för inhyrd personal väsentligt mot budget. Se sammanställningen nedan:

	Budget 20	Utfall 20	Budget 21	Utfall 21	Budget 22	Utfall 22
Kostnad	14	92,6	42	102,7	<60	146,1
Andel		2,9 %		3,3 %		4,3%

I NU-sjukvårdens budget för 2023, som fastställdes den 1 december 2022, bedöms ett behov av omställning vilket utgör en preliminär budgetutmaning för 2023 om 215 miljoner kronor. Av dessa fördelas 100 miljoner kronor direkt till verksamheterna att hantera och 115 miljoner kronor läggs centralt för vidare budgetprocess.

Arbetet med förankring av nödvändiga förändringar för effektivisering inleddes i slutet av september på verksamhetsnivå. Styrelsen planeras fatta slutligt beslut om budget i balans för 2023 vid sammanträdet den 15 februari 2023.

Styrelsens beslut i december inbegriper att den godkänner att begäran skickas till regionstyrelsen om att få använda det egna kapitalet under 2023. Vid ingången av 2022 uppgick detta till 40 miljoner kronor, vilket ska ställas mot årets negativa resultat om -29,8 miljoner kronor.

Bedömning och rekommendation

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för NU-sjukvården har utövat en effektiv ekonomistyrning under 2022, med en ändamålsenlig verksamhetsplan och budget för 2022 som grund.

Avvikelsen om cirka 30 miljoner kronor motsvarar 0,5 procent av intäkterna, vilket revisionsenheten bedömer som en marginell avvikelse ställt mot komplexiteten i en sjukhusförvaltnings ekonomi och de faktorer som påverkat årets resultat. Revisionsenheten konstaterar att styrelse och förvaltningsledning under hela året strävat efter att uppnå en ekonomi i balans.

Revisionsenheten konstaterar att NU-sjukvården under hela mandatperioden konsekvent har stärkt förvaltningens budget- och verksamhetsstyrning, vilket alltså även under 2022 gett ett tillfredsställande resultat ställt mot verksamhetens förutsättningar under året. Fokus på verksamhetens förståelse, och ansvar för balansen mellan verksamhet och ekonomi, förefaller ge en allt stabilare grund för en effektiv ekonomistyrning.

Utvecklingen för kostnader för hyrpersonal under 2022 har väsentligen påverkats av utmaningarna i början av året samt svårigheter att rekrytera inom vissa specialiteter, ett problem styrelsen för NU-sjukvården delar med övriga sjukhusstyrelser.

Den ekonomiska utmaningen är stor 2023 och med det risken att styrelsen inte kommer att kunna nå det önskade nollresultatet för 2023. Revisionsenheten noterar att följande väsentligt påverkar detta; kostnadsutvecklingstakten vid slutet av året, belastningen på verksamheterna i inledningen av 2023 samt den korta framförhållningen för verksamheter att etablera en effektiv styrning för att även hantera de beslut som fattas i mitten av februari.

Arbetsgruppen politisk organisation 2023-2026 (VGR-nivå) lyfter i PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen daterad 2023-01-23, att Regionstyrelsen och dess Ägarutskottet ska ta fram övergripande principer för verksamhets- och ekonomistyrningen av Västra Götalandsregionen samt exemplifierar en tillämpning av detta i följande scenario (sidan 3)

2.1.1.3 En utförare klarar varken att leverera uppdrag eller att ha en ekonomi i balans

En utförare klarar inte att leverera de uppdrag som man erhållit av OSN och man klarar inte heller att ha en ekonomi i balans. Primärt är det alltid berörd styrelse och direktör som ansvarar för att vidta åtgärder för att uppfylla uppdrag och ekonomiska krav. Om man inte lyckas med detta behöver frågan lyftas till en gemensam analys av utförarstyrelsen, RS/ÄU och OSN.

Att analysera uppdragets relevans, omfattning och finansiering är främst ett ansvar för OSN. I detta ligger även att pröva om aktivare produktion och produktionsplanering mellan utförare kan bidra till bättre måluppfyllelse. Att analysera utförarens kostnadsnivå och produktivitet och utarbeta åtgärder är främst ett ansvar för RS/ÄU. Benchmarking med andra relevanta utförare är ett viktigt inslag i analysen. Tillsammans utgör dessa två ”analys-ben” underlag för beslut i OSN och berörd utförarstyrelse.

Det ligger i RS roll att svara för uppsiktsplikten att löpande följa så att beslut fattas och att åtgärder genomförs, och rapportera till RF.

Utifrån detta bör den nya styrelsen senast vid första tillfälle för formell årsprognos (april) 2023 – och i det fall prognosen vid detta tillfälle väsentligen avviker från budgeterade verksamhets- och/ eller ekonomiska målnivåer – ta initiativ till gemensam analys i enlighet med ovan.

Utifrån iakttagelserna ovan avseende styrelsen för NU-sjukvårdens ekonomiska måluppfyllelse samt ekonomistyrning har revisionsenheten att bedöma och ta ställning till två av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsssed.

I Tabell 8–9 nedan redogör revisionsenheten för sina bedömningar ställt mot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

Tabell 8: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – ekonomi)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
Fullmäktiges finansiella mål och riktlinjer (till exempel upprätta budget, följa budgetramar,	Redogörelsen för måluppfyllelse enligt ovan.

<p>medelsförvaltning och förvaltning av pensionsavsättningar) uppnås/ efterlevs inte. Det handlar om väsentliga och uppenbara brister eller avvikelser.</p>		
<p>Styrelsen vidtar inte tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel följa budgetramen eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning. De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.</p>		<p>I och med att man i princip lyckas uppnå en ekonomi i balans för 2022, får det anses att styrningen varit tillräcklig.</p> <p>Det ska dock beaktas att NU-sjukvården uppskattar den ekonomiska utmaningen inför 2023 till 215 miljoner kronor, varav 115 miljoner kronor inte fördelats ut till verksamheterna per november. I den fortsatta processen kommer kravet på effektivisering att fördelas i organisationen.</p>

Tabell 9: Grund för ansvarsprövning (Brister i styrning och intern kontroll av ekonomi)

<p>Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån de ekonomiska beslut, riktlinjer, rutiner med mera som nämnden lagt fast. De efterfrågar inte resultat och analys.</p>		<p>Förvaltningsledningen får anses ha jobbat i enlighet med det väsentligaste och gett tillräcklig information och analys.</p>
<p>Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till fullmäktige, till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.</p>		<p>Enligt ovan kan det konstateras att styrelsen för NU-sjukvården har en budgetutmaning om 115 miljoner kronor som formellt hanteras först i februari 2023.</p> <p>Vi kan ännu inte bedöma sannolikheten att styrelsen för NU-sjukvårdens budget kan komma att uppnås.</p>
<p>Budgeten följs inte och ekonomistyrningen är inte tillräcklig. Den löpande redovisningen</p>		<p>NU-sjukvården har de senaste åren haft en stark budgetstyrning, med tydlig målsättning att uppnå och bibehålla en ekonomi i balans.</p>

(bokföringen) är otillräcklig eller ofullständig eller har andra uppenbara brister som försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll.	
Styrelsen saknar tillfredsställande system för intern kontroll, alternativt är system och rutiner inte tillräckligt strukturerade och integrerade i organisationen och det löpande arbetet.	Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på.

Med beaktande av ovan bedömer revisionsenheten att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar följande rekommendation med anledning av granskningen.

- Revisionsenheten rekommenderar den tillträdande styrelsen för NU-sjukvården att i det fall utfall och/ eller årsprognoser under året avseende måluppfyllelse för verksamhet och/ eller ekonomi för 2023 väsentligt avviker från budgeterade målnivåer, formellt tar initiativ till gemensam analys tillsammans med regionstyrelsens ägarutskott och den Operativa HSN i enlighet med gällande övergripande principer för verksamhets- och ekonomistyrningen av VGR.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är översiktlig och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Styrelsen för NU-sjukvården har, enligt reglementet, ett ansvar att kontinuerligt följa upp sin verksamhet och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Av detta följer att styrelsen behöver efterfråga information och återrapportering i den utsträckning som behövs för att ta ansvar. I policy för Västra Götalandsregionen framgår att varje styrelse, inom ramen för arbetet med intern kontroll,

ska uppfylla vissa krav.⁴ Med utgångspunkt i detta har revisionsenheten granskat hur styrelsen för NU-sjukvården säkerställt intern kontroll för 2022 utifrån följande:

- Att styrelsen utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning hanterar brister i styrelsens ordinarie systematiska styrning och uppföljning
 - Upprättat arbetssätt, organisation, processer för den interna kontrollen – utifrån syfte att; förebygga, upptäcka och åtgärda
 - Utformat kontrollerna utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning
 - En risk- och väsentlighetsanalys i vilken prioriteringar har gjorts av risker med hög sannolikhet/konsekvens
 - Dokumenterade och tillräckliga kontroller
- Att styrelsen säkerställt att detta system för intern kontroll genomförts på ett ändamålsenligt sätt
 - Säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut
 - Aktivt värderat återrapportering, vid behov beslutat om nya kontroller och/eller styråtgärder

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Revisionsenhetens granskning avseende styrmiljö, styrdokument och formalia 2022 har fokuserat på om NU-sjukvårdens styrelse och förvaltningsledning hanterat följande på ett ändamålsenligt sätt:

1. Dokumenterade strategier samt ledningsfilosofi för hur styrelsen avser att styra och leda verksamheten
2. Kvalitetsledningssystem
 - a. Kopplingen till Västra Götalandsregionens övergripande kvalitetsledningssystem samt till gällande lagstiftning och nationella riktlinjer
 - b. Att kvalitetsledningssystemet är implementerat i verksamheten
3. Ställningstaganden och beslut med syfte att
 - a. stärka möjligheten till måluppfyllelse
 - b. anpassa resurser till gällande uppdrag
 - c. säkra uppföljning av verksamheten

⁴ Samtliga nämnder/styrelser ska årligen 1) beskriva sin kontrollmiljö, 2) identifiera och värdera risker som underlag för kontroller, 3) besluta om en plan för intern kontroll samt 4) följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder.

- d. stärka besluts- och genomförandekraft att uppfylla uppdrag och hantera eventuella avvikelser
4. Att styrelsens uppdrag enligt reglemente är omhändertaget i styrdokument och uppdrag till förvaltningen
5. Fastställande av delegeringsordning och att rutinerna för delegering följts
6. Följsamhet till
 - a. de policydokument, riktlinjer och anvisningar som regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och övriga systemägare fastställt
 - b. gällande lagstiftning och de nationella riktlinjer som är styrande för verksamheten
7. En ärendeberedning i enlighet med förvaltningslagen, kommunallagen och ärendehandboken
8. Styrelsebeslut fattade i rätt tid utifrån riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen/Koncernkontoret avseende till exempel budget, delårsbokslut och årsbokslut, Riskanalys och plan för intern kontroll, andra beslut av regionfullmäktige/regionstyrelsen som är relevanta för styrelsen
9. Att bristande resultat från beslut beretts och hanterats av styrelsen i rätt tid
10. Att beslutsunderlag är tillräckliga för de beslut som fattats av styrelsen under året och att detta tydligt av dokumentationen från styrelsearbetet

Revisionsenheten bedömer att årets grundläggande granskning styrker att de områden denna fokuserat på enligt ovan, förefaller hanterats på ett ändamålsenligt sätt av NU-sjukvårdens styrelse och förvaltningsledning under 2022.

Granskning av arbetet med intern kontroll 2022

Iakttagelser

Det kan konstateras att

- styrelsens riskanalys inför 2022 genomfördes av styrelsen i juli 2021 och plan för intern kontroll för 2022 beslutades i oktober, samtidigt som beslut om budget 2022
- styrelsens riskanalys inför 2023 genomfördes i juni 2022 och plan för intern kontroll fastställdes vid styrelsens sammanträde i september.

De väsentligaste iakttagelserna från arbetet med intern kontroll 2022 redogörs för i styrelsens årsredovisning samt vid dialogmötet mellan revisorskollegiet och presidiet för styrelsen för NU-sjukvården i oktober, enligt följande:

- Bristen på vårdpersonal är ett stort problem som leder till att verksamheten inte kan genomföras som planerat. Trots stora insatser och betydande nytänk har inte rekryteringssituationen förbättrats.
- Bristen på medarbetare och vårdplatser tillsammans med den höga frånvaron under våren har lett till att uppsatta tillgänglighetsmål inte kunnat nås. Stort fokus behöver läggas på detta hösten 2022.
- Det är viktigt att arbeta med ordning och reda på alla nivåer; inte minst är kopplingen mellan den regionala nivån och förvaltningsnivån ett förbättringsområde.
- Säkerställa att information från förvaltningsnivå till enhetsnivå når ut på korrekt sätt.

Utifrån riskanalysen 2023 beslutades en plan för intern kontroll med följande rubriker:

- Externa cyberattacker vilket leder till att IT-system tvingas stänga ner – Riskvärde 9
- Brist på personal på nyckelpositioner, framför allt inom 24/7-vården – Riskvärde 12
- Att Västfastigheter inte lever upp till behövd/önskvärd standard på vårdlokaler pga försenade byggprojekt och projekt med för lång ledtid – Riskvärde 9
- Bristande patientsäkerhet och kvalitet – Riskvärde 9
- Brist på vårdplatser som leder till överbeläggningar skapar vårdskador – Riskvärde 9

Bedömning

Styrelsen för NU-sjukvården bedöms i allt väsentligt ha en tillräcklig intern kontroll. Styrelsen har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem och säkerställt att detta genomförs. Styrelsen har utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning hanterar eventuella brister i ordinarie styrning och uppföljning. Styrelsen har i samband med framtagande av detaljbudget och verksamhetsplan tagit fram riskanalys där risker identifierats och värderats med delaktighet från både styrelsen och förvaltningen. En plan för intern kontroll har fastställts, baserat på riskanalysen, och planen innehåller riktade kontroller för identifierade risker. Genomförda kontroller har dokumenterats och återrapporterats till styrelsen enligt plan.

Utifrån iakttagelserna ovan avseende styrelsen för NU-sjukvårdens styrning av intern kontroll, har revisionsenheten att bedöma och ta ställning till en av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred. I Tabell 10 nedan redogör revisionsenheten för sina bedömningar ställt mot denna grund. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

- Gul: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte fullt ut har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

Tabell 10: Grund för ansvarsprövning (*Brister i intern kontroll*)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
Styrelsen saknar tillfredsställande system för intern kontroll, alternativt är system och rutiner inte tillräckligt strukturerade och integrerade i organisationen och det löpande arbetet	Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på.

Revisionsenheten lämnar ingen rekommendation avseende intern kontroll med anledning av granskningen.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har revisionsenheten genomfört följande fördjupade granskningar som riktats mot styrelsen för NU-sjukvården:

- uppdämt vårdbehov
- strategisk kompetensförsörjning
- åtgärdsplaner

Granskning av uppdämt vårdbehov

Revisionens har granskat hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.⁵

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

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

Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom den regionala särskilda tillgänglighetsledningen. 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 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.

Granskningen visar också att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger 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. Revisionens bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

⁵ Revisionsrapport: Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov (diarienummer REV 2022-00084)

Revisionen lämnade följande rekommendationer med anledning av granskningen:

- 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.

Hänvisning till:

Rapporten ”Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov” med diarienummer REV 2022-00084.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt folktandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023⁶.

Syftet med granskning har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har särskilt fokuserat särskilt den gemensamma processen för kompetensförsörjningsplaner på såväl utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå. Detta innebär hur väl arbetet är organiserat med avseende på ansvarsfördelning, samt vilka riktlinjer och processer som finns för att planera, genomföra och följa upp samt utöva intern kontroll (dvs. utformningen av styr- och ledningssystemet) av kompetensförsörjning.

Granskningen har omfattat regionstyrelsen och styrelserna för Närhälsan, Regionhälsan, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sjukhusen i väster, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus samt tandvårdsstyrelsen.

Granskningen visar att *regionstyrelsen* har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock på vissa brister i

⁶ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022-00077).

detta system. Bristerna inverkar på styrning- och ledning av kompetensförsörjning koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller:

- att säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.
- att säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- att riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförarstyrelser process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- att säkerställa att målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskning visar sammanfattningsvis att *utförarförvaltningarnas* styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det regiongemensamma styr- och ledningssystemet. Utförarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur kompetensförsörjningen ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också att mandat och ansvarsfördelning mellan utförarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. En noterad avvikelse är dock hantering av hos Sjukhusen i Väster och Närhälsan där kompetensförsörjningsplanen inte fastställs av styrelserna utan av förvaltningschef genom verkställighetsbeslut. I utförarstyrelsernas reglemente anger krav på att samråd ska ske med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning utifrån granskning, analys och slutsats är att regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelsen inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att inom ramen för sitt övergripande ledningsansvar för att samordna och leda regionens verksamheter att:

- tillse att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser, alternativt bilateralt mellan regionstyrelsen (dess utskott) och utförarstyrelser i syfte att trygga strategisk kompetensförsörjning med koppling till att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.

- att tillse att riktlinjerna beslutas för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning. Riktlinjerna ska klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- att tillse att riktlinjerna beslutas för regiongemensam styrning av utförrarstyrelser för processen för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. Riktlinjerna ska klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på förvaltningsnivå.
- att tillse att säkerställa målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.
- att utveckla den interna kontrollen med grund i de brister som identifierats i regionstyrelsens regiongemensamma styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning.

Revisionen rekommenderar styrelserna för Sjukhusen i väster och Närhälsan att besluta om kompetensförsörjningsplaner på styrelsenivå.

Hänvisning till:

Rapporten "Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen" (diarienummer REV 2022-00077)

Granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionens har granskat effekterna av sjukhusens åtgärdsplaner. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022⁷.

Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Med ett ändamålsenligt och effektivt arbete menas att verksamheten, genom åtgärderna, uppfyller de krav som ställs på verksamhetens omfattning, innehåll och kvalitet.

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skaraborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster. Granskningen omfattade även regionstyrelsen utifrån dess ansvar att ha uppsikt över sjukhusens arbete med åtgärdsplanerna.

Granskningen visade sammantaget att

- sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för att nå en verksamhet och ekonomi i balans i stora delar var ändamålsenliga, men att det fanns förbättringsmöjligheter

⁷ Revisionsrapport: Granskning av effekter av åtgärdsplaner (diarienummer REV 2022-00085).

- regionstyrelsen bör utveckla formerna för att stödja sjukhusens styrelser i arbetet med att hålla budgeten och nå regionfullmäktiges mål.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att

- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi
- säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet
- utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus
- utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen
- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Sjukhusstyrelserna uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Hänvisning till: Rapporten ”Granskning av effekter av åtgärdsplaner” med diarienummer REV 2022–00085.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed⁸.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

⁸ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Deloitte redogör i sitt rekommendationsbrev daterat 20 december 2022 för identifierade förbättringsförslag riktade till Sjukhusen i väster avseende redovisningsprinciper och interna kontroller inom förvaltningen, vilka noterades vid utförandet av löpgranskningen för räkenskapsåret 2022.

Processen för anläggningstillgångar

Iakttagelse: I samband med vår granskning noterades att samtliga anläggningstillgångar inte tilldelas ett unikt ID-nummer. Av vår förståelse berör ovan anläggningar i form av bord och stolar, vilka är enkla att flytta inom verksamhetens lokaler.

Rekommendation: Vi rekommenderar NU-sjukvården att även tilldela denna form av anläggningar ett unikt ID-nummer, för att göra det möjligt att kunna spåra även denna form av anläggningar till leverantörsregistret.

Bokslutsprocessen

Iakttagelse: I samband med vår granskning av bokslutsprocessen har vi noterat att det inte finns någon systemspärr i Raindance som säkerställer att godkännande och attest av bokföringsorders ej sker av samma person.

Rekommendation: För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det ej är möjligt att införa en systemspärr rekommenderar Deloitte förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorders, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest ej sker av samma person.

Manuella bokföringsordrar

Iakttagelse: En generell notering i samband med vår granskning av förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen är att det saknas en framtagen riktlinje för vad en manuell bokföringsorder skall bestå av i form av bokföringsunderlag.

Rekommendation: Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Se dock de två rekommendationerna ovan.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

I PWCs rapportering avseende översiktlig granskning av delårsbokslut per 31 augusti 2022 daterad i oktober 2022 framgår att inga väsentliga avvikelser har noterats för NU-sjukvården.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar. I Deloitte granskningsrapport daterad 2023-02-13 framgår följande avseende styrelsen för NU-sjukvården:

Vi har utfört en översiktlig granskning av årsbokslutet för NU-sjukvården för räkenskapsåret 2022-01-01 – 2022-12-31. Vår översiktliga granskning har utförts i enlighet med god granskningssed för översiktlig granskning av kommunal verksamhet. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har vi gjort nedanstående bedömningar.

Grundat på vår översiktliga granskning har det inte kommit fram några omständigheter som ger oss anledning att anse att årsbokslutet för nämnden inte, i allt väsentligt, är upprättat i enlighet med RKR och lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Revisionen bedömer utifrån ovan, att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar revisionsenhetens granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år

Den grundläggande granskningen för 2021 gav inte upphov till någon rekommendation.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträdas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folktandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00050

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Närhälsan

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Närhälsan – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00050

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för Närhälsan – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Närhälsan– granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00050

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson och Waisuddin Sadry.

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte.

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	6
Styrelsens ansvar	6
Regionens budget	7
Revisionens granskning.....	7
Grundläggande granskning.....	9
Granskning av måluppfyllelse.....	9
Granskning av styrning och intern kontroll.....	12
Fördjupad granskning	13
Uppföljning Närhälsan Online	13
Reseräkningar.....	15
Systematisk arbetsmiljö.....	16
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	17
Uppföljning av rekommendationer.....	17
Det kommunala ansvarssystemet.....	21
Revisionen i korthet.....	22
Västra Götalandsregionen i korthet	23

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Fördjupad granskning – Granskning av psykisk ohälsa	Styrelsen rekommenderas att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen. (2021)

Grundläggande granskning - Informationssäkerhet	Styrelsen rekommenderas att stärka informationssäkerhetsarbetet avseende kontinuitets- och behörighetshantering samt uppföljning. (2021)
Grundläggande granskning – Hot och våld	Styrelsen rekommenderas att stärka systematiken avseende inventering och analys av risker för hot och våld inom verksamheten och utveckla uppföljningen av personsäkerhetsarbetet. (2021)

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra författningar som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt reglemente ska styrelsen bedriva Västra Götalandsregionens primärvård som faller under lagen om valfrihet (LOV). Styrelsen ska bedriva vården med professionell kompetens och säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten. Styrelsen ska bedriva vård enligt Krav- och kvalitetsbok för respektive område.

Styrelsen verkar på en konkurrensutsatt marknad och ska uppmärksamt följa utvecklingen inom sitt område och vidta nödvändiga åtgärder för att snabbt anpassa verksamheten till ändrade förutsättningar i omvärlden. Styrelsen ska verka för att vårdenheterna aktivt arbetar för att stärka sin marknadsposition enligt den inriktning som regionfullmäktige eller regionstyrelsen, i egenskap av ägare av egenregiverksamhet, anger.

Styrelsen kan även ta emot uppdrag som inte är en del av den ordinarie vårdvalsverksamheten men som följer av Västra Götalandsregionens

samhällsuppdrag att tillhandahålla primärvård till regionens samtliga invånare och som inte kan hanteras av annan verksamhet inom regionen.

Styrelsen svarar för drift, förvaltning och utveckling av de verksamheter som ingår. Styrelsen ska verka för samordning och utveckling i samverkan med andra utförare av vårdtjänster utifrån sitt ansvarsområde.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter: Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1)
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter: Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)
- Policy styrning i Västra Götalandsregionen (2019-07-01)
- Vägledning för nämnders och styrelser arbete (2017-12-12)
- Representationspolicy
- Rese- och mötespolicy för Västra Götalandsregionen

Övriga styrande dokument:

- Digitala vårdtjänster - Uppdragshandling (RS 2016-07635)
- Digitala invånartjänster, prioritering och tidplan (RS 2019-03745)
- Regionstyrelsen 2019-04-23 (RS 2019-02592)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att:

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Regionfullmäktige formulerar prioriterade mål, varefter nämnder och styrelser ansvarar för att bidra till måluppfyllelse i förhållande till den politiska viljeriktningen. I ansvaret ingår att välja in och bryta ner budgetmålen för den egna verksamheten med syfte att skapa handlingskraft och effekt. Fokusområdena ska betraktas som regionfullmäktiges uppdrag till de nämnder och styrelser som berörs av respektive fokusområde.

I Koncernkontorets anvisning ”Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. I uppföljningen ska måluppfyllelsen analyseras och det ska framgå varför bedömningen ser ut som den gör. Om bedömningen är negativ bedömning ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vidare ska hänvisning göras till relevanta indikatorer och aktiviteter som en del av analysen.

Vidare framgår av anvisningen att det ska göras en koppling av aktiviteter i årsredovisningen under respektive mål och fokusområde. Status på aktiviteter ska anges (pågående, avslutad, planerad eller pausad).

Styrelsen för Närhälsan har under 2022 arbetat med fyra av regionfullmäktiges prioriterade mål med tillhörande fokusområden. Granskningen har visat att styrelsen har gjort en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål i delårsrapportaugusti år 2022 samt i årsredovisningen år 2022.

I styrelsens delårsrapport per augusti redovisades måluppfyllelse för de prioriterade målen som styrelsen arbetar med. I redovisningen framgår

aktiviteter, utfall och analys av resultatet och bedömning av fortsatt arbete. För samtliga mål bedömde styrelsen att målen är delvis uppnått.

I årsredovisningen har styrelsen redovisat måluppfyllelsen för regionfullmäktiges prioriterade mål och arbetet med fokusområden som hör till de prioriterade målen. Fokusområdena redovisas med aktiviteter, kommentarer/analys, måluppfyllelse samt status avslutad eller pausad. Av regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden har styrelsen för Närhälsan gjort följande bedömning av måluppfyllelsen i årsredovisningen:

- Vara föregångare - VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
Målet är uppnått
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
Målet är delvis uppnått
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
Målet är delvis uppnått
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.
Målet är delvis uppnått

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Styrelsen redovisar ett resultat på 357,9 miljoner kronor efter betalning av finansiellt avkastningskrav på 25,0 miljoner kronor. Resultatet är i samma nivå som föregående år. Överskottet ligger nästan uteslutande inom vårdcentralerna men även rehab har ett överskott på 4,4 miljoner kronor.

En felaktig revidering av viktlistan för 2022 medförde en negativ effekt på 41,4 miljoner kronor under 2022. En stor del av intäkterna 2022 bestod av ersättning för utförd provtagning och vaccination kopplat till covid, särskilt

under våren. Ökningen av lönekostnaderna blev lägre än förväntat, i övrigt var det mindre avvikelser.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Revisionen har under 2022 genomfört en fördjupad granskning av intern styrning och kontroll inom styrelsen för Närhälsan. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsens system för intern kontroll är ändamålsenligt och tillräckligt utifrån styrelsens ansvar.

Granskningen har utgått från kommunallagen, reglemente för styrelsen för Närhälsan, policy styrning i Västra Götalandsregionen och vägledning för nämnders och styrelsers arbete. Granskningen har innehållit planering och riskhantering, kontroller i kontrollplanen och uppföljning och utvärdering.

Styrelsen för Närhälsan har, i en workshop under september månad, haft ett reflekterande arbete med risk- och konsekvensanalys för att inringa och bedöma risker som styrelsen har inom sitt ansvar. Beredning av ärendet har skett genom förvaltningens kompetensgrupp för intern kontroll samt genom workshop för styrelsen.

Styrelsen fastställde plan för intern kontroll 2022 i november 2021 och beslutade att genomförda kontroller ska återrapporteras per mars, augusti samt vid internkontrollens årsrapport 2022.

Av styrelsens plan för intern kontroll framgår bland annat genomförd riskanalys samt vilka kontroller som ska genomföras under året för att hantera identifierade risker. Det framgår också att hela styrelsen är involverad och aktiv i arbetet. Riskerna och kontrollmomenten har rapporterats till styrelsen två gånger under året, årsuppföljningen rapporteras i februari 2023.

Enligt uppföljningen av plan för intern kontroll i mars och augusti så uppvisar några kontroller avvikelser som behöver åtgärdas. Bedömning har genomförts och förslag till åtgärder finns framtagna.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Årets granskning har visat att styrelsen har en uttalad strategi för hur styrelsen ska styra och leda inom sitt verksamhetsområde. Styrmiljön är beskriven inom ramen för styrelsens internkontrollarbete.

Vi har noterat att styrelsen har antagit en plan för intern kontroll 2022 med sammanlagt åtta kontrollområden som följdes upp och avrapporterades i mars, i samband med delårsrapport augusti och årsredovisningen. Styrelsen fattade beslut om internkontrollplan 2023 i november 2022.

Vår granskning har visat att det inte finns någon risk beskriven i plan för intern kontroll kring oegentligheter, mutor och bestickning.

Av våra intervjuer har framgått att styrelsen inte har haft några misstankar eller faktiska konstaterade oegentligheter under året.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

- Uppföljning Närhälsan Online
- Reseräkningar
- Systematisk arbetsmiljö

Uppföljning Närhälsan Online

Revisionen har under 2022 granskat Närhälsan Online. Granskningen har utgått från hälso- och sjukvårdslagen, digitala vårdtjänster – Uppdragshandling (RS 2016–07635), digitala invånartjänster, prioritering och tidplan (RS 2019–03745) och regionstyrelsen 2019-04-23 (RS 2019–02592).

Syftet med granskningen har varit att bedöma om införandet har genomförts enligt de ursprungliga intentionerna och om tjänsten är ändamålsenlig utifrån kundernas behov. Granskningen avgränsas till att belysa utveckling av Närhälsan Online från 2019 till mitten av 2022. Viktigt att veta i detta sammanhang är att det talas om en app,

Närhälsan Online, som används från den gemensamma jourmottagningen, alla vårdcentraler, några unika enheter och rehab.

Under 2022 har Närhälsan Online fått in alla 104 vårdcentraler samt den gemensamma som gör att man kan samverka bättre digitalt. Alla mottagningar har samma standardutseende i grunden men startsidor och patientutbud kan skraddarsys lokalt. Det finns ett samarbete med jourcentraler som kan hänvisa och vice versa samt samarbeten med Min vårdcentral/Min rehabmottagning online.

Närhälsan Online har växt i takt med de privata aktörerna till exempel Kry, Min doktor etcetera. Ny verksamhetsanalys 2022 är på gång. Det är kostsamt för regionen att betala för externa köp, för kvartal 1 2022 blev det ersättningar till privata aktörer på 29 miljoner kronor.

Granskningen visar att man kan få träffa läkare, sköterskor och psykologer via Närhälsan Online. Närhälsan Online har endast få egna anställda, administratörer och sjuksköterskor. Ungefär 90 personer är aktiva nu. Närhälsan Online har totalt utbildat cirka 800 personer. En stor mängd utbildningar genomfördes i början av covid-19-pandemin 2020 då många ST-läkare jobbade lite extra.

Facklig förankring har skett i sedvanlig ordning. Medarbetarna trivs med jobbet inom Närhälsan Online och uppskattar variationen. Invånarna är mycket nöjda med tjänsten. Förtroendet för digitala vårdbesök var högt under pandemin.

Under pandemin var andelen digitala vårdbesök jämnt mellan kvinnor och män. Nu är det 55 procent mot 45 procent, andelen barn har legat på samma nivå medan andelen besök för åldern 75+ har ökat. Anhöriga kan boka åt äldre och vara till hands. Sedan starten har 13 besök gjorts av patienter över 95 år och den äldsta patienten var 107 år.

Det finns risker vad gäller den nya leverantören av plattformen för Närhälsan Online. Till exempel kvalitet med videobesök är väldigt viktigt och behöver säkerställas. Det som behöver säkerställas är att mer än 400 videobesök kan genomföras samtidigt. Det nya systemet jobbar med chatt som primär funktionalitet, inte video. Det finns också en mer övergripande oro för att det inte finns stöd för vissa av de befintliga tjänsterna, varken i Millennium eller i den nya plattformen.

Det finns tekniska utmaningar med genomförandet av tjänsten. Dagens tjänst är upphandlad och kan som längst förlängas till augusti 2023, vilket förutsätter en fungerande integration. Planen är att så snart det är möjligt gå in i Vård och Hälsa (Plattform24).

Närhälsan Online kan utföra en förlängd utredning, de har tillgång till hela journalen, kan beställa och ta emot prover. Närhälsan Online har lokal och regional kunskap, kan skicka remisser och ha direktkontakt med alla kliniker. Man följer upp remisser och hur många som skickas vidare till vårdcentralerna. STRAMA och läkemedelsförskrivning följs upp månadsvis. Det har inte varit några allvarliga medicinska avvikelser.

Närhälsan Online håller sig till medicinsk kvalitet, de skriver inte ut beroende-framkallande läkemedel och förlänger inte pågående sjukskrivningar. De följer STRAMA:s riktlinjer och diagnosättningskriterier.

Bedömning och rekommendationer

Revisionens sammanfattande bedömning ställt till granskningens syfte och kriterier är att införandet har genomförts enligt de ursprungliga intentionerna och att tjänsten är ändamålsenlig utifrån kundernas behov. De digitala arbetssätten har implementerats på 104 vårdcentraler och alla har samma möjligheter att klara sina jobb.

Uppföljningen visar att förtroendet för Närhälsan online har ökat och medarbetare kan klara sina jobb utan att belasta ytterligare vårdpersonal. Av granskningen 2019 framgår att Närhälsan Online hade 450 besök varje vecka men är nu uppe i 1 200 besök i veckan. De klarar behovet med egen personal även om det finns säsongvariationer. Närhälsan Online har växt i takt med de privata aktörerna under åren 2018–2022.

Det finns tekniska utmaningar med genomförandet av tjänsten. Dagens tjänst är upphandlad och kan som längst förlängas till 2023. Planen är att så snart det är möjligt gå in i Vård och Hälsa (Platform24) vilket förutsätter en fungerande integration. Det finns också en mer övergripande oro för att det inte finns stöd för vissa av befintliga tjänster, varken i Millennium eller i den nya plattformen.

Revisionen föreslår

- att styrelsen för Närhälsan kommunicerar tjänstens tekniska behov med ägaren och bevakar och följer upp implementeringen av Vård och Hälsa. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Reseräkningar

Revisionen har under 2022 granskat styrelsens reseräkningar. Granskningen har utgått från regionfullmäktiges reglemente för styrelsen för Närhälsan, representationspolicy samt rese- och mötespolicy för Västra Götalandsregionen.

Syftet med granskningen har varit att kontrollera att styrelsens ledamöters resor har bokförts enligt Skatteverkets regler och regionens riktlinjer.

Avgränsning har skett till en reseräkning per styrelseledamot som gjort minst tre resor under juni 2021-juni 2022, totalt innebar det 12 reseräkningar. För styrelseledamöter begärdes en lista ut över reseräkningar under perioden juni 2021–juni 2022. Resorna bestod till övervägande del av arvoden för digitala sammanträden samt vissa rese-kostnader. Resornas syften och underlag har ställts mot reglemente, policydokument och riktlinjer i Västra Götalandsregionen.

Eftersom granskningen avsåg ett år under covid-19-pandemin består resorna nästan uteslutande av arvoden för digitala sammanträden. Ersättningarna bestod av mötesarvode, ersättning för förlorad arbetsinkomst, milersättning samt kvitton.

Ledamöternas närvaro på aktuella sammanträden har stämts av mot protokoll. Fullständiga underlag har inkommit för alla reseräkningar.

Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Granskningen noterade inga fel och det bedöms ha varit god ordning på underlagen för resekostnader. Resorna bedöms vara väl kopplade till styrelsens ansvarsområde. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Systematisk arbetsmiljö

Revisionen har granskat systematisk arbetsmiljö. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 4 januari 2023. Syftet med granskningen var att granska hur styrelsen säkerställer att lagens krav på god arbetsmiljö uppfylls. Granskningen omfattade systematisk arbetsmiljö under år 2022 inom Närhälsan.

Granskningen visade att styrelsen för Närhälsan har en dokumenterad organisation med fördelning av ansvar mellan chefer och HR-avdelning i enlighet med Arbetsmiljölagen 2 kap 1 §. Skyddsombud har som framgår av Arbetsmiljölagen 6 kap 4 § tillgång till utbildning och möjlighet att närvara på utbildning, även om avvikelser kan ske. Arbetsmiljömaterial finns samlat inom förvaltningen, det är uppdaterat och tillgängligt. Skyddsronder genomförs en gång per år enligt AFS 2001:1 Till 8 §. De dokumenteras och cheferna ska ta fram handlingsplaner som presenteras i samverkan. Dock saknas en samordnad uppföljning för hela verksamheten.

Vidare visar granskningen att styrelsen har funktionella rutiner och information om hur hanteringen ska göras enligt AFS 2001:1 8 §. Däremot anses systemet MedControl vara krångligt och tidskrävande vilket medför att det inte alltid prioriteras. Det finns även brister i återkoppling av resultaten till skyddsombud och verksamhet. Styrelsen får årligen uppföljning av väsentliga risker och avvikelser. Det finns rutiner för att ledningsgrupp och medarbetare ska informeras vid väsentliga avvikelser och nyanställda ska få nödvändig information enligt Arbetsmiljölagen 3 kap 3 §. Ansvaret att informera medarbetarna ligger på respektive chef vilket är svårt att följa upp. Företagshälsovården kommer från Hälsan & Arbetslivet som bidrar i det generella arbetet och vid förfrågan från HR och därmed uppfylls Arbetsmiljölagen 3 kap 2 c § krav på företagshälsovård.

Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att styrelsen säkerställer lagens krav på en god arbetsmiljö. Det är en utspridd verksamhet och det är väsentligt att verifiera att den systematiska arbetsmiljön efterlevs i alla delar av verksamheten. Därtill bör processen kring arbetsmiljöutbud stärkas. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Nämnden ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed³.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 31 december 2022.

Granskningens resultat:

- Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner visar att styrelsen har brister i två rutiner men att de följer regionens regelverk.
- Granskning av delårsbokslutet visar att det inte har framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser.
- Grundat på vår översiktliga granskning har det inte kommit fram några omständigheter som ger oss anledning att anse att årsbokslutet för nämnden inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med RKR och lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsens räkenskaper i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Styrelsen rekommenderas att göra en bedömning av måluppfyllelsen för regionfullmäktiges mål. (2020)

I årsredovisning 2022 från styrelsen för Närhälsan görs bedömning av måluppfyllelsen både med färgmarkering och med beskrivande text.

³ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Revisionen bedömer att nämnden har tagit hand om rekommendationen.

Styrelsen rekommenderas att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen. (2021)

Närhälsan deltar i de vårdssamverkansforum som finns delregionalt. Regionalt deltar Närhälsan i Samordningsråd primärvård, där uppdraget bland annat är samverkan med övriga samordningsråd i regionen och att gemensamt ta ansvar för och effektivt driva tillgänglighet utifrån koncerngemensamt perspektiv och exempelvis uppfylla vårdgarantin. Närhälsan deltar i det av regionstyrelsen beslutade regionala utvecklingsuppdraget med målet att öka tillgängligheten för alla barn och unga med psykisk ohälsa i Västra Götaland. I uppdraget ingår att etablera ”En väg in” – ett kontaktcenter för barn och unga med psykisk ohälsa, starta upp en regiongemensam utredningsenhet inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt utveckla arbetssätt, uppföljning och planering. Genom mottagningarna Ungas Psykiska Hälsa (UPH) inom Närhälsan sker samverkan med exempelvis Elevhälsan, socialtjänsten och BUP.

Revisionen bedömer att nämnden delvis har tagit hand om rekommendationen. Närhälsan samverkar i flera forum för att nå tillgänglighetsmålen och under 2023 kommer revisionen göra uppföljning av resultaten.

Styrelsen rekommenderas att stärka informationssäkerhetsarbetet avseende kontinuitets- och behörighetshantering samt uppföljning. (2021)

Närhälsan har arbetat med att sprida och kommunicera uppdaterade styrande och stödjande dokument i linjen för att stärka informationssäkerhetsarbetet avseende kontinuitets- och behörighetshantering. Den grundläggande principen är att vårdcentralchef/verksamhetschef är ansvarig för sin verksamhet, inklusive IS/IT-frågor och informationssäkerhet för sin enhet.

Vårdcentralchef/verksamhetschef är den som tilldelar och avslutar behörigheter samt tillser att personalen får den utbildning i informationssäkerhet som arbetet kräver, att personalen följer gällande regler för informationssäkerhet och att enheten har aktuell kontinuitetsplan.

Ett samarbete är påbörjat tillsammans med koncernstab digitalisering och övriga hälso- och sjukvårdsförvaltningar inom Västra Götalandsregionen kring behörighetshantering. Meningen är att förenkla och säkerställa att enbart nödvändiga behörigheter finns för personalen och detta beräknas vara färdigställt under 2024.

Revisionen bedömer att nämnden delvis har tagit hand om rekommendationen. Närhälsan har informerat om uppdaterade dokument samt tydliggjort ansvarsfördelningen och under 2023 kommer revisionen göra uppföljning av resultaten.

Styrelsen rekommenderas att stärka systematiken avseende inventering och analys av risker för hot och våld inom verksamheten och utveckla uppföljningen av personsäkerhetsarbetet. (2021)

Närhälsans riktlinje för arbete mot hot och våld har reviderats. Stöd för lokal rutin och en riskanalys finns lätt tillgänglig för verksamheten på hemsidan. Information och länkar till utbildningar om hot och våld har gått ut i förvaltningens chefsbrev med målgrupp all personal. En av dessa utbildningar är interaktiv med olika scenarios. Det finns också en handfull exempel framtagna på olika hotfulla händelser som man kan använda som övning på sin arbetsplats.

Riskbedömning och uppföljning genomförs årligen i samband med skyddsrund. Man använder Hälsan och Stressmedicins checklista: ”Undersökning och riskbedömning Hot och Våld”

En systematisk uppföljning av att ovanstående riskbedömningar ska genomföras och kommer att ske genom användning av Plan & Styr – inväntar teknisk lösning. Den utgör också en årlig kontrollfunktion i Närhälsans arbete med internrevision.

Revisionen bedömer att nämnden delvis har tagit hand om rekommendationen. Närhälsan har informerat alla medarbetare om den reviderade riktlinjen avseende hot och våld. Det finns en årlig process och uppföljningen ska systematiseras. Under 2023 kommer revisionen göra uppföljning av resultaten.

Styrelsen ges ett antal rekommendationer för att säkerställa att intäcksredovisningen för projekten sker i enlighet med gällande riktlinjer från Västra Götalandsregionen eller gällande avtal. (2021)

1. Närhälsan bokför fortsättningsvis förskottsinbetalda intäkter i två steg för att möta kostnader månadsvis.

2. och 3. Närhälsan inrättade 2021 en ny funktion i form av en projektkononom med ansvar för de administrativa delarna i uppstart, rekvisering, uppföljning, avslut och rutindokument vad gäller forskningsprojekt. I uppstartsfasen säkerställs att projektet följer Västra Götalandsregionens riktlinjer för dokumentkrav med mera. Projektkononomen har direktkommunikation med projektledaren kring respektive projekt. Under 2021 tog Närhälsan också fram tydligare riktlinjer som finns tillgängliga på hemsidan kring projektredovisning av forskningsprojekt. Närhälsan har under 2021 skapat en redovisningsstruktur i ekonomisystemet som innebär att olika typer av projektmedel knyts till olika ansvarstyper för olika projektmedel. Genom att särskilja olika typer av medel så kvalitetssäkras rekvisering och uppföljning.

4. Projekthantering utgör inte Närhälsans kärnverksamhet och de har därför bedömt att behovet av ett särskilt projektredovisningssystem inte skulle vara motiverat utan har istället valt att inom ramen för befintligt ekonomisystem skapa en bra struktur för projektredovisning/uppföljning enligt ovan beskrivning. En inventering av projekt

som berör både Närhälsan och Regionhälsan är genomförd hösten 2022. Inga felaktigheter har identifierats. Avseende administration gäller att i de fall där forskaren har delad tjänst och utför forskning i flera förvaltningar så ska projektekonomerna säkerställa att rekvisering av forskningsmedel sker enligt beslut.

5. och 6. Ekonomisk uppföljning görs på samma sätt för alla projekt med projektekonomerna som ansvarar för ekonomihanteringen av projekt och rutiner. Information samt uppföljningsstrukturer har vidareutvecklats. Vad gäller uppföljning och utvärdering av innehållet och resultaten av forskningsprojekt finns sedan ett år tillbaka en övergripande FoU-ansvarig inom Närhälsan. Denna funktion kommer att påbörja ett arbete med uppbyggnad av en modell för uppföljning och utvärdering på en förvaltningsnivå.

Revisionen bedömer att nämnden har tagit hand om rekommendationen. Närhälsan har tagit initiativ för att möta rekommendationerna bland annat genom att praktiskt sett tillsätta en kontrollfunktion samt skapa en ny redovisningsstruktur.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00051

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Regionhälsan

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Regionhälsan – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00051

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för Regionhälsan – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Regionhälsan – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022–00051

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand och Martin Andersson

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	7
Styrelsens ansvar	7
Regionens budget	7
Revisionens granskning.....	8
Grundläggande granskning.....	9
Granskning av måluppfyllelse.....	10
Granskning av styrning och intern kontroll.....	12
Fördjupad granskning.....	15
Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet	15
Granskning av strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen	16
Granskning av personsäkerhet.....	18
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	25
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	25
Granskning av delårsbokslutet	25
Granskning av årsbokslutet	26
Uppföljning av rekommendationer.....	26
Uppföljning av redovisning av driftprojekt.....	26
Uppföljning av psykisk ohälsa	28
Uppföljning av inventering av projekt och anläggningstillgångar	28
Det kommunala ansvarssystemet.....	29
Revisionen i korthet.....	30
Västra Götalandsregionen i korthet.....	31

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning avseende styrning och intern kontroll	Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att riskanalysarbetet integreras ytterligare i organisationen i syfte att stärka den interna kontrollen. (2022) Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla riskanalys och internkontrollplan i

	<p>syfte att få en mer stringent koppling mellan risk och kontroll. (2022)</p>
<p>Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att upprätta förvaltningsspecifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna, samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs. (2022)</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp. (2022)</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident, samt säkerställa att dessa testas regelbundet. (2022)</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta åtgärder i syfte att stärka uppföljningsarbetet samt upprätta former för kontinuerlig återrapportering till styrelsen av det informationssäkerhetsarbete som bedrivs. (2022)</p>
<p>Granskning av personsäkerhet</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att risker för hot och våld inventeras och analyseras på ett mer systematiskt sätt. (2022)</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla uppföljningen av personsäkerhetsarbetet. (2022)</p>

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra författningar som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har beslutat om följande mål för 2022:

- Med tillit vågar vi vara nytänkande.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsred i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)
- Policy för styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491).

Övriga styrande dokument:

- Policy för säkerhet och beredskap (RS 2018–00129)
- Rutin för personsäkerhet (RS 2020–04168)
- Riktlinje verksamhetskydd (RS 2018–00129)
- Detaljbudget 2022 Regionhälsan (2021-10-28)
- Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022 (RS 2021–03575).

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av:

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den

grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

I Koncernkontorets anvisning ”Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Vid bedömning av måluppfyllelse i augusti är det en prognos för helår som bedömningen avser. I uppföljningen ska måluppfyllelsen analyseras och det ska framgå varför bedömningen ser ut som den gör. Om bedömningen är negativ ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vidare ska hänvisning göras till relevanta indikatorer och aktiviteter som en del av analysen.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Det framgår även av anvisningen att det ska göras en koppling av aktiviteter i årsredovisningen under respektive mål och fokusområde. Status på aktiviteter ska anges (pågående, avslutad, planerad eller pausad).

Styrelsen har under 2022 arbetat med sex av regionfullmäktiges prioriterade mål och med ett eget mål:

- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av
- Med tillit vågar vi vara nytänkande (styrelsens egna mål)

I styrelsens delårsrapport per augusti redovisades bedömning av måluppfyllelsen. Av redovisningen framgår aktiviteter, indikatorer, utfall och analys av resultatet och bedömning av fortsatt arbete. Styrelsen har gjort bedömningen att fyra av målen, inklusive styrelsens egna mål, kommer att uppnås och att två av målen delvis kommer att kunna uppnås. Vi har dock konstaterat att för ett av målen saknas en bedömning av måluppfyllelse med en prognos för helår, i enlighet med Koncernkontorets anvisning.

I årsredovisningen för 2022 har styrelsen redovisat måluppfyllelsen samt arbetet med fokusområden som hör till de prioriterade målen. Fokusområdena redovisas med aktiviteter, kommentarer/analys, måluppfyllelse samt status pågående eller klara. Styrelsen har bedömt att följande mål har uppnåtts:

- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av
- Med tillit vågar vi vara nytänkande (styrelsens egna mål).

Övriga mål bedömer styrelsen som delvis uppnådda.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Däremot bör styrelsen se till att det för samtliga mål vid delårsrapporteringen sker en bedömning av måluppfyllelse med en prognos för helår.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Styrelsens resultat för verksamhetsåret 2022 är 0 miljoner kronor vilket är 14 miljoner kronor bättre än budget och 3 miljoner kronor sämre än utfallet föregående år. I resultatet ingår 9 miljoner kronor som hälso- och sjukvårdsstyrelsen har skjutit till efter överenskommelse med styrelsen om att hantera ekonomiskt underskott kopplat till Sjukvårdens Larmcentrals uppdrag. Sjukvårdens Larmcentral redovisar före tillskjutande medel från hälso- och sjukvårdsstyrelsen ett resultat på minus 22 miljoner kronor.

Styrelsen budgeterade underskott för 2022 som skulle finansieras med eget kapital. Eftersom styrelsen har uppnått ett nollresultat för året kommet inte eget kapital att utnyttjas. Styrelsens utgående egna kapital för 2022 uppgår till 42 miljoner kronor.

Styrelsen har därmed uppfyllt målet om en ekonomi i balans.

Både intäkter och kostnader har minskat i förhållande till 2021 vilket förklaras med att förvaltningen erhållit lägre ersättningar och lägre kostnader kopplat till covid-19.

I jämförelse med budget har både intäkter och kostnader ökat med 20 procent. De två största posterna som avviker från styrelsens budget avser övriga erhållna bidrag med 364 miljoner kronor (40 procent) och verksamhetsanknutna tjänster med 337 miljoner kronor (49 procent). För båda posterna förklaras avvikelserna med att ersättningar och kostnader kopplade till covid-19 inte har budgeterats.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den

struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Styrning och intern kontroll

Av policy för styrning i Västra Götalandsregionen³ framgår att en tillräcklig intern kontroll innebär ett strukturerat arbetssätt som integreras i organisationen. Vidare ska alla nämnder och styrelser årligen

- beskriva sin kontrollmiljö
- identifiera och värdera risker som underlag för kontroller
- besluta om en plan för intern kontroll
- följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder.

I Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) vägledande skrift om intern kontroll⁴ anges att en riskanalys är ett centralt verktyg i den interna kontrollen och att det till stor del handlar om att ringa in och bedöma risker för att därefter bestämma hur riskerna ska hanteras och vilka kontroller som ska göras för att följa upp den interna kontrollen. Att hantera risker innebär att identifiera vilka åtgärder som kan förebygga, begränsa eller undanröja riskerna. Inom Västra Götalandsregionen finns det inte någon uttalad definition av vad en risk är. SKR definierar däremot risk som en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.

I granskningen har framkommit att arbetet med intern kontroll avseende planering och förberedelser genomförs av tre tjänstepersoner inom förvaltningsledningen tillsammans med presidiet.

Vidare har framkommit att styrelsen 2019 gjorde en omfattande riskanalys och att denna har uppdaterats årligen. Förvaltningen skickar årligen ut förgående års riskbedömning till styrelsen för synpunkter och förslag på förändringar samt värdering och prioritering av risker. Därefter sammanställer tjänstepersonerna synpunkterna som stäms av med presidiet inför beslut i styrelsen. Enligt intervjupersonerna diskuteras riskanalysen i förvaltningsledningen och eventuella inspel förmedlas till styrelsen. Men i övrigt förekommer inte några andra formaliserade diskussioner kring risker. Vidare har intervjupersonerna uppgett att verksamheterna är representerade på presidie- och styrelsemöten vilket gör att styrelsen har varit insatt i verksamheterna och dess utmaningar.

Styrelsen för Regionhälsan har för 2022 identifierat 13 risker i sin riskanalys. Vi har dock noterat att det inte går att läsa ut av riskanalysen hur riskerna ska åtgärdas. Samtliga risker i riskanalysen ska kontrolleras i internkontrollplanen. Vi har konstaterat att det inte är helt enkelt att tyda kontrollerna i intern-

³ Policy för styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019-02491).

⁴ Intern kontroll. För förtroende, trygghet och utveckling (SKR, 2018).

kontrollplanen i den mening att förstå deras koppling till riskerna och vad som utgör själva kontrollmomentet.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar dock att det finns förbättringsområden.

Syftet med intern kontroll är att i görligaste mån utöva kontroll över sådana osäkerhetsfaktorer som negativt kan påverka nämndens resultat, med utgångspunkt i de uppdrag och de mål regionfullmäktige har gett styrelsen ansvar för. Det är mot bakgrund av det syftet revisionen framhåller behovet av en ändamålsenlig riskanalys och internkontrollplan.

Vi anser att styrelsens arbete med riskanalysen behöver utvecklas. Det arbetssätt som finns idag anser vi kan integreras ytterligare i organisationen vilket skulle stärka den interna kontrollen. Vi menar att tjänstepersoner behöver i högre grad involveras i riskanalysarbetet och på ett tidigt stadium. Genom att involvera de som kan sin verksamhet ökar styrelsens möjligheter att identifiera och ringa in de viktigaste riskerna. Därtill medför en större delaktighet från förvaltningen ökad förståelse för de konsekvenser risker kan medföra och hur de kan åtgärdas.

Med utgångspunkt i riskerna ska åtgärder identifieras och ändamålsenliga kontroller till internkontrollplan tas fram. Kontrollerna ska syfta till att följa upp att den interna kontrollen fungerar, de utgör därmed stickprov på att identifierade åtgärder hanterar riskerna som tänkt. Vi anser att det saknas en tydlig koppling mellan risker och kontroller. Styrelsen behöver utveckla riskbeskrivningarna så att de på ett tydligare sätt svarar mot definitionen av en risk. Vi menar att detta skulle öka möjligheterna att identifiera lämpliga åtgärder som hanterar riskerna och kontroller för uppföljning. Samtidigt behöver styrelsen utveckla utformningen av åtgärder och kontroller för att tydliggöra skillnaden dem emellan.

Mot bakgrund av ovan lämnar vi följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att riskanalysarbetet integreras ytterligare i organisationen i syfte att stärka den interna kontrollen.

Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla riskanalys och internkontrollplan i syfte att få en mer stringent koppling mellan risk och kontroll.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

- informations- och cybersäkerhet
- strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen
- personsäkerhet

Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet

Revisionen har granskat Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet.

Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022⁵.

Syftet med granskningen var att bedöma om nämnder och styrelser har en tillräcklig styrning och intern kontroll av informationssäkerhetsarbetet för att säkerställa att arbetet sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade arbetet med informations- och cybersäkerhet inom regionstyrelsen, styrelsen för Regionhälsan, fastighetsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Granskningen visade följande:

- Styrelsen för Regionhälsan har i huvudsak en tillräcklig styrning av informationssäkerhetsarbetet för att säkerställa att det sker på ett ändamålsenligt sätt.
- Regionhälsan saknar ett systematiskt arbete för att identifiera, hantera och åtgärda risker för att säkerställa en robust informationshantering, samt att utbildningar inom informationssäkerhet inte har genomförts i tillräckligt hög grad. Därmed riskeras en bristfällig mognad och medvetenhet för att skydda information mot interna och externa hot.

⁵ Revisionsrapport: Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet (REV 2022-00120).

- Regionhälsan behöver stärka den interna kontrollen av informations-säkerhetsarbetet. I Regionhälsans internkontrollplan för 2022 saknas relevanta kontrollmoment.

Revisionen bedömer att den uppföljning som genomförs och presenteras inte är tillräcklig som underlag för utvärdering och beslut om åtgärder.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Regionhälsan att

- upprätta förvaltningsspecifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna, samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs
- säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp
- upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident, samt säkerställa att dessa testas regelbundet
- vidta åtgärder i syfte att stärka uppföljningsarbetet samt upprätta former för kontinuerlig återrapportering till styrelsen av det informationssäkerhetsarbete som bedrivs.

Hänvisning till:

Rapporten ”Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet” med diarienummer REV 2022–00120.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023⁶.

Ansvariga styrelser i granskningen har varit regionstyrelsen, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, Styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus samt tandvårdsstyrelsen.

⁶ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt folktandvården i Västra Götalandsregionen (REV 2022–00077).

Syftet med granskning har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har inriktats på styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå.

Granskningen visar att regionstyrelsen har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock vissa brister i detta system. Bristerna inverkar på styrning- och ledning av kompetensförsörjning på koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller:

- säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.
- säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförarstyrelser process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan.

I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.

- säkerställa att målindikatorerna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskningen visar sammanfattningsvis att utförarstyrelsernas styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det VGR-gemensamma styr- och ledningssystemet. Utförarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur strategisk kompetensförsörjningen ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också att mandat och ansvarsfördelning mellan utförarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. I utförarstyrelsernas reglemente anger krav på att samråd ska ske med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i

egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning är att regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare. Revisionen bedömer emellertid att det i första hand åligger regionstyrelsen att säkerställa och utveckla det regionsgemensamma styr- och ledningssystemet.

Revisionen riktar fem rekommendationer till regionstyrelsen med syftet att åtgärder vidtas för att stärka styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå. Rekommendationerna omfattar politiska samråd mellan utförarstyrelser, riktlinjer för beredning och beslut av kompetensförsörjningsplaner, utveckling av målindikatorerna kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget, samt utveckling av den intern kontrollen.

Hänvisning till:

Rapporten ”Fördjupad granskning – Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen” med diarienummer REV 2022–00077.

Granskning av personsäkerhet

Utgångspunkter i granskningen

Revisionen har granskat personsäkerhet inom Regionhälsan.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen för Regionhälsan bedriver ett personsäkerhetsarbete i enlighet med gällande regelverk.

Granskningen har genomförts med hjälp av intervjuer och dokumentgranskning. Intervjuer har genomförts med företrädare för säkerhetsavdelningen och HR-avdelningen samt företrädare för ett urval av Regionhälsans verksamheter.

Revisionskriterierna utgörs av Arbetsmiljöverkets föreskrifter om hot och våld i arbetsmiljön, regionens regelverk inom säkerhet- och personsäkerhetsområdet samt policy för styrning i Västra Götalandsregionen.

Styrelsen har en ändamålsenlig organisation för personsäkerhet

Organisering av personsäkerhetsarbetet

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter⁷ ska säkerhetsarbetet ordnas så att risk för våld eller hot om våld förebyggs i så stor utsträckning som möjligt. Lokala behov och förutsättningar ska avgöra hur arbetet bäst organiseras och vilka handlingsprogram som behövs för att förebygga våld och hot om våld.

I granskningen har framkommit att centralt placerat på Regionhälsans kansli finns en roll som säkerhetssamordnare för verksamheten som ger stöd i enheternas säkerhetsarbete och bistår med information, utbildning och uppföljningar. Säkerhetssamordnaren får också stöd i arbetet av andra centralt placerade tjänstepersoner och tillsammans benämns denna arbetsgrupp - Regionhälsans säkerhetsavdelning. Säkerhetsavdelningens roll kopplat till personsäkerhetsfrågor omfattar bland annat att vara rådgivare för chefer, stöd vid polisanmälan och hjälp med avvikelser i avvikelshanteringssystemet MedControl. Säkerhetssamordnaren ingår i regionens centrala nätverk för säkerhet- och beredskap som leds av enheten för säkerhet och beredskap på Koncernkontoret.

Regionhälsan har ingen specifik organisation för personsäkerhet utan ansvaret för personsäkerhetsarbetet följer chefslinjen. Regionhälsans arbete mot hot och våld utgör en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet vilket regionens rutin för personsäkerhet föreskriver. Närmare beskrivning av linjeansvaret finns i Regionhälsans riktlinje för arbetet mot hot och våld vilket bland annat innebär att upprätta skriftliga lokala rutiner kring det förebyggande arbetet mot hot och våld.

I intervju med Regionhälsans HR-avdelning har angetts att även de är delaktiga i förvaltningens personsäkerhetsarbete. Ett exempel är att säkerhetsavdelningen och HR gemensamt analyserar förvaltningens avvikelser avseende hot och våld. Målet med samarbetet har angetts vara att nå förbättringar i förvaltningens arbetsmiljöarbete.

Utbildning och övning inom personsäkerhet

I regional rutin personsäkerhet⁸ anges att samtliga medarbetare ska genomgå en grundläggande utbildning för personsäkerhet. Vid nyanställning ska medarbetare informeras och utbildas i hot, våld och otillåten påverkan samt vilka risker som finns i verksamheten. Utbildningen ska anpassas efter verksamhetens behov och vara ett återkommande inslag i verksamhetens arbetsmiljöarbete samt repeteras eller vidareutvecklas vart tredje år. Även Arbetsmiljöverkets föreskrifter anger att arbetstagarna ska ha tillräcklig utbildning och information samt få tillräckliga instruktioner för att kunna utföra arbetet säkert och med tillfredsställande trygghet.

⁷ Arbetsmiljöverkets föreskrifter om hot och våld i arbetsmiljön (AFS 1993:2).

⁸ Regional rutin Personsäkerhet (RS 2020-04168).

Föreskriften tar även upp att det kan vara lämpligt att öva hur arbetstagarna ska agera vid en förutsebar våldssituation och på ett realistiskt sätt gå igenom vad som kan hända. Syftet är att arbetstagaren ska känna till bästa sättet att undvika våld och hot.

Av Regionhälsans riktlinje mot hot och våld framgår att samtliga medarbetare, även tillfälliga, ska få en adekvat säkerhetsgenomgång och ges möjlighet att öva för att veta hur de ska hantera och agera vid tänkbara hot- och våldssituationer. Riktlinjen tar även upp utbildning och introduktion samt att respektive enhet ska dokumentera vilka utbildningar och övningar som har hållits på enheten samt vilka som har deltagit.

I intervju med säkerhetsavdelningen har angetts att det finns en gemensam utbildningsplan som ska genomföras vart tredje år. Information om utbildningsplanen har kommunicerats i förvaltningsledningen, förvaltningens säkerhetsråd, i ledningsgrupper och vid introduktion av nya chefer. Vidare har uppgetts att utbildningsplanen framgår av Regionhälsans riktlinje för arbetet mot hot och våld. Vi har dock noterat att utbildningsplanen inte framgår tydligt av riktlinjen. Säkerhetsavdelningen har även uppgett att det inte ges någon introduktion om hot och våld från centralt håll till nyanställda.

I intervjuer med företrädare för de granskade enheterna inom Regionhälsan har vi fått olika svar ifall utbildningar om hot- och våld har genomförts och om dessa har dokumenterats. Av svaren framgår att på tre av de granskade enheterna genomförs introduktioner av nyanställda, i ett av fallen ges en omfattande introduktionsutbildning. På den fjärde enheten får personalen endast löpande information om säkerhetsfrågor. Vidare framgår av svaren att endast en av de granskade enheterna har genomfört en personsäkerhetsutbildning, i detta fall med hjälp av Securitas. Två av de granskade enheterna har uppgett att utbildning, i någon form har dokumenterats. Det har även framkommit i granskningen att säkerhetsutbildningen vid introduktion av chefer har varit bristfällig.

Vidare har det framkommit i granskningen att övningar avseende tänkbara hot- och våldssituationer genomförs vid en av de granskade enheterna. På en annan enhet sker övning i samband med introduktionsutbildningen.

Styrelsen har delvis tillräckliga och kända rutiner inom personsäkerhet

Arbetsmiljöverkets föreskrifter anger att särskilda säkerhetsrutiner ska finnas för arbete som kan medföra risk för våld eller hot om våld. Säkerhetsrutiner ska hållas aktuella och följas upp fortlöpande. Rutin personsäkerhet anger att det på varje enhet ska finnas rutiner och handlingsplan samt att de ska vara tillgängliga och väl kommunicerade med medarbetarna.

Granskningen har visat att Regionhälsan har tagit fram en lokal riktlinje för arbetet mot hot och våld. Riktlinjen beskriver bland annat chefers och medarbetares ansvar,

förebyggande åtgärder mot hot och våld samt åtgärder vid och efter en våldshändelse. Förebyggande åtgärder innefattar exempelvis riskinventering och åtgärdsplan samt rutiner. Vidare anges i riktlinjen att enheterna inom Regionhälsan ska ta fram skriftliga lokala rutiner kring arbetet med hot och våld. Dessa ska ta utgångspunkt i riktlinjen och ska anpassas efter enheternas specifika förutsättningar. Som stöd i arbetet finns en mall ”Mall för lokala rutiner kring hot och våld” på Regionhälsans intranät.

Av de fyra enheter vi har granskat har två upprättat lokala dokument kring hot och våld vilka benämns rutin respektive handlingsplan. Vi har noterat att rutinen följer Regionhälsans mall.

Ett stöd för personsäkerhetsarbetet som HR-avdelningen inom Regionhälsan använder är Västra Götalandsregionens Guide för hälso- och arbetsmiljöarbete⁹. Intervjupersonerna menar att guiden fungerar som stöd vid hälsofrämjande, förebyggande och efterhjälpande arbete. HR har vidare angett i intervju att guidens avsnitt om hot- och våld tas årligen upp på arbetsplatsträffar (APT) inom samtliga enheter vilket ska bidra till att medvetandegöra personalen om säkerhetsfrågor som berör dem. Vi har dock inte säkerställt i granskningen om detta har gjorts. Även i intervjuer med företrädare för de granskade enheterna har guiden nämnts och att den används i personsäkerhetsarbetet.

Det finns en riskhantering och tillbudsrapportering men riskhanteringen säkerställer inte fullt ut att risker för hot och våld kan minimeras

Riskinventering och handlingsplaner

Enligt rutin personsäkerhet ansvarar arbetsgivaren för att, minst en gång per år, inventera och analysera riskerna för hot, våld och otillåten påverkan. Riskinventering är grunden i personsäkerhetsarbetet och en del av arbetsmiljöansvaret. Riskinventering och efterföljande åtgärder ska dokumenteras och sammanställas i en lokal åtgärdsplan. Åtgärderna ska sedan genomföras och följas upp.

I styrelsen för Regionhälsans övergripande riskanalys framgår inga risker eller åtgärder avseende hot och våld. Däremot uppger förvaltningen att det sker en löpande dialog i förvaltningsledningen och i förvaltningens säkerhetsråd vilken har bidragit till att risker och områden med ökad risk har identifierats. På detta sätt har aktiviteter kunnat genomföras för att åtgärda/minska risker och för att kunna arbeta förebyggande. Enligt uppgift från Regionhälsan dokumenteras inte dialogerna i dagsläget men att det är ett förbättringsområde.

⁹ En digital guide på Västra Götalandsregionens hemsida med syftet att skapa en hållbar och hälsosam arbetsmiljö för alla medarbetare.

I Regionhälsans riktlinje för arbetet mot hot och våld finns ett avsnitt som behandlar riskinventering och åtgärdsplan. Där anges att risker som kan leda till att en hot- eller våldssituation uppkommer ska analyseras och att det på Regionhälsans intranät finns en checklista som stöd i arbetet. Åtgärdsplan ska tas fram och av den ska det tydligt framgå vem som ansvarar för vad. Enligt HR-avdelningen tillhandahåller guiden för hälso- och arbetsmiljöarbete mallar för riskbedömning av hot och våld samt handlingsplan. Intervjupersonerna har uppgett att materialet kan kommuniceras ytterligare för att nå ut till samtliga chefer och medarbetare.

Granskningen har visat på att det finns en medvetenhet och ett risktänk avseende hot och våld hos de granskade enheterna. Intervjupersonerna har uppgett att bedömning av risker för hot och våld sker i samband med årlig arbetsmiljöromd samt att risker och åtgärder dokumenteras i enhetens handlingsplan. Vi har tagit del av handlingsplanerna och har konstaterat att endast en av de granskade enheterna använder guidens mall för handlingsplan. Vidare har endast en av enheterna kunnat visa på att riskbedömning som omfattar hot och våld har genomförts. Detta med stöd av guidens mall för riskbedömning¹⁰.

System och rutiner för rapportering av tillbud

Enligt policy för säkerhet och beredskap¹¹ ska Västra Götalandsregionen agera proaktivt genom att identifiera, begränsa och åtgärda tänkbara hot, risker och sårbarheter som kan påverka regionen negativt. Avvikelse, tillbud och andra oönskade händelser ska rapporteras utan dröjsmål. Rutin för personsäkerhet anger att samtliga händelser som innefattar hot, våld eller otillåten påverkan ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet.

Granskningen har visat att det finns system och rutiner för rapportering och hantering av tillbud. Tillbud ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet MedControl.

Av våra intervjuer har det framkommit att personalen känner väl till att tillbud ska rapporteras i systemet och vilka rutiner som gäller. Samtidigt har två av de granskade enheterna uppgett att det är få tillbud avseende hot och våld som rapporteras. De två andra enheterna har uppgett att de inte har haft några tillbud alls kopplat till hot och våld. Däremot har flera av intervjupersonerna lyft att i de fall en situation uppkommer diskuteras den inom personalgruppen, exempelvis på APT men att den inte alltid leder till en rapportering i MedControl.

Vidare har det framkommit i granskningen att det finns en uppfattning om att tillbud avseende hot och våld är underrapporterade. Verksamheterna upplevs som duktiga på att rapportera händelser där patienter är involverade men sämre när det gäller

¹⁰ Hot och våld undersökning och riskbedömning.docx.

¹¹ Policy för säkerhet och beredskap (RS 2018-00129).

medarbetarnas säkerhet. Att tillbudsrapportera uppmuntras löpande bland annat på APT och via de fackliga företrädarna.

Styrelsen har delvis säkerställt en tillräcklig uppföljning av personsäkerhetsarbetet

Av regional riktlinje verksamhetsskydd¹² framgår att en systematisk uppföljning av förebyggande insatser samt avvikelser som rör personsäkerhet utgör en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Policy för säkerhet och beredskap anger att VGR ska utreda, åtgärda och lära av identifierade säkerhetsbrister, och sprida kunskap för en förbättrad säkerhet. Av rutin personsäkerhet framgår att riskinventering och efterföljande åtgärder ska dokumenteras och sammanställas i en lokal åtgärdsplan. Åtgärderna ska sedan genomföras och följas upp.

Uppföljning av handlingsplaner

I granskningen har det framkommit att två av de fyra granskade enheterna följer upp handlingsplanerna från föregående år vid arbetsmiljöronder.

Vidare har det framkommit att handlingsplanerna från årlig arbetsmiljörund presenteras på områdets samverkansgrupp inom respektive regionområde. Dock sker ingen insamling av handlingsplanerna från centralt håll på Regionhälsan.

Årlig redovisning av personsäkerhet till styrelsen

I granskningen har framkommit att centralt på Regionhälsan bevakas, sammanställs och analyseras de tillbud som rapporteras i MedControl. Detta sker i dialog med HR, berörda chefer och andra funktioner. Sammanställningen sker regelbundet och kommuniceras årligen i såväl förvaltningsledning som i förvaltningens säkerhetsråd. I de fall det är möjligt genomförs åtgärder för att eliminera eller minska risker. Enligt uppgift från Regionhälsan finns däremot ingen tydlig plan för åtgärder i syfte att förhindra att hot- och våldssituationer uppstår igen eller för att lära av det som hänt. Ett arbete med en plan är emellertid på väg att startas upp.

Granskningen har visat att Regionhälsans årsredovisning för 2021 innefattar en rapportering kring säkerhet och beredskap. Vi har noterat att den del av rapporteringen som kan kopplas till personsäkerhet avser antal rapporterade ärenden i MedControl avseende hot/ofredande/otrygghet. Vad ärendena har inneburit för verksamheten och eventuella vidtagna åtgärder framgår dock inte av rapporteringen.

¹² Regional riktlinje verksamhetsskydd (RS 2018–00129).

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att Styrelsen för Regionhälsan delvis bedriver ett personsäkerhetsarbete i enlighet med gällande regelverk.

Revisionen bedömer att styrelsen för Regionhälsan har en ändamålsenlig organisation för personsäkerhet. Däremot anser vi att styrelsen bör se till att övningar genomförs och med en viss regelbundenhet för att stärka kunskapen bland anställda i hur de ska hantera och agera vid händelse av en hot- eller våldssituation. Styrelsen bör även se till att samtliga medarbetare har tillräcklig utbildning inom personsäkerhet.

Revisionen bedömer att Styrelsen för Regionhälsan delvis har tillräckliga och kända rutiner inom organisationen. Regionhälsan har tagit fram centrala rutiner för personsäkerhet, exempelvis riktlinje för arbetet mot hot och våld. Av denna framgår att lokala rutiner ska upprättas med utgångspunkt i riktlinjen. Granskningen har dock visat att två av de granskade enheterna saknar lokala rutiner för arbetet mot hot och våld. Vår bedömning är därför att styrelsen bör se till att det finns tillräckliga rutiner för arbetet mot hot och våld inom Regionhälsans samtliga enheter. Vi anser även att centrala rutiner och riktlinjer bör kommuniceras i verksamheten.

Revisionen bedömer även att det finns en riskhantering och tillbudsrapportering men att riskhanteringen inte fullt ut säkerställer att risker för hot och våld kan minimeras. Tre av de granskade enheterna har inte kunnat visa på att någon riskbedömning som innefattar hot och våld har genomförts. Vi anser därför att det finns en risk för att dessa enheter inte inventerar och analyserar risker för hot och våld på ett systematiskt sätt. Styrelsen för Regionhälsan bör se till att samtliga enheter inventerar och analyserar risker för hot och våld konsekvent i syfte att stärka det förebyggande arbetet inom personsäkerhet.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig uppföljning av personsäkerhetsarbetet. Vi menar att underlagen till uppföljningen är begränsade i sin omfattning och belyser inte alla delar i personsäkerhetsarbetet varför det är svårt att avgöra om uppföljningen är tillräcklig. Vi anser att uppföljningen av personsäkerhetsarbetet behöver nyanseras ytterligare för att styrelsen ska kunna säkerställa att uppföljningen är tillräcklig.

Mot bakgrund av ovan lämnar vi följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att risker för hot och våld inventeras och analyseras på ett mer systematiskt sätt.

Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla uppföljningen av personsäkerhetsarbetet.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed¹³.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar redovisningsprinciper och interna kontroller inom Regionhälsan avseende finansiella och administrativa processer.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

¹³ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av redovisning av driftprojekt

Revisionen granskade redovisning av driftprojekt 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar att styrelsen

- utarbetar en tydligare definition av vad som ska redovisas som projekt
- säkerställer att intäktsredovisningen för projekten sker i enlighet med gällande riktlinjer från Västra Götalandsregionen eller gällande avtal
- säkerställer att det finns tydliga riktlinjer och rutiner för projektprocessen, både avseende ansvarsfördelning, uppföljning och definitioner. Om de regiongemensamma riktlinjerna inte är tillräckligt tydliga bör kompletterande rutiner tas fram för den egna organisationen
- upprättar rutiner som säkerställer en mer likformig uppföljning samt tydliggörande av dokumentationskraven för verksamhetens projekt
- ser över möjligheten att implementera ett systemstöd för attest av lönekostnader för att stärka den interna kontrollen i projektprocessen
- tillser att det införs rutiner som innebär en tydligare kommunikation och uppföljning mellan projektledare och ekonomiavdelning både avseende ekonomisk uppföljning samt kunskap om projekten för att säkerställa att projekten redovisas på ett korrekt sätt i bokföringen
- inför rutiner som innebär att uppföljning och utvärdering av projekt sker på samma sätt för samtliga projekt inom organisationen
- inför rutiner som innebär att erfarenheter från utförda projekt samlas på ett bra sätt så att de kan användas för att genomföra liknade projekt på ett bättre sätt i framtiden.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom intervju och dokumentgranskning.

Den 16 juni 2022 återrapporterades styrelsens uppdrag till förvaltningschefen avseende arbetet med rekommendationerna.

I granskningen har framkommit att Regionhälsan har kompletterat och förtydligat sin rutin Administrativ hantering av projekt inom Regionhälsan med bland annat följande:

- beskrivning av olika typer av driftprojekt och hur de finansieras
- projektroller och ansvarsfördelning
- regler för redovisning av intäkter och kostnader i projekt
- uppföljning och rapportering – projekt ska följas upp och rapporteras enligt projektplan, vad som ska följas upp och att uppföljning ska ske minst två gånger per år tillsammans med ekonomifunktionen
- utvärdering av projekt ska genom registrering i regionens projektdatabas FoU vars uppgifter sammanställs årligen i en årsredovisning som är Västra Götalandsregionens årliga uppföljning av FoU-produktion.

Vidare har framkommit att som stöd för uppföljning av projekt har Regionhälsan byggt in en rapport i regionens analysverktyg Cognos Analytics vilken ska ge bra information för den löpande uppföljningen.

Enligt återrapporteringen till styrelsen ska intäktsredovisningen i projekt ske enligt regionens regelverk. Enligt uppgift från Regionhälsan sker månatlig avstämning av redovisningen för att säkerställa att projekt redovisas på ett korrekt sätt.

Vidare har Regionhälsan uppgett att dokumentationskraven i projekt regleras av gällande dokumenthanteringsplan. Vi har noterat att det i dokumenthanteringsplanen framgår vilka projektdokument som berörs och hur de ska hanteras.

Vad gäller attest av lönekostnader framgår av återrapporteringen till styrelsen att avstämning av lönekostnader sker en månadsvis. Enligt uppgift från Regionhälsan ska chefer månatligen kontrollera och följa upp lönekostnader i projekt och övrig lönehantering via så kallade utanordningslistor. Listorna ska därefter signeras.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

Uppföljning av psykisk ohälsa

Revisionen granskade psykisk ohälsa 2021¹⁴. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom svar till revisorskollegiet den 7 juni 2022.

Av styrelsens svar framgår att styrelsen i egenskap av utförarstyrelse kommer att fortsatt lyfta frågor avseende arbetet med psykisk ohälsa på dialogmöten med beställarnämnderna i syfte att förtydliga Regionhälsans roll i arbetet, samt verka för en jämlik vård i Västra Götalandsregionen.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Uppföljning av inventering av projekt och anläggningstillgångar

Revisionen har tidigare år granskat inventering av projekt och anläggningstillgångar. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att inventera anläggningstillgångar för att säkerställa ett uppdaterat anläggningsregister.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialogmötet den 31 augusti 2022.

På dialogmötet har framkommit att inventering av anläggningsregistret har genomförts. Inventering kommer att ske rullande minst en gång var tredje år eller i samband med stora omflyttningar. Förvaltningen har tagit fram en rutin som ett komplement till Västra Götalandsregionens ekonomihandbok.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

¹⁴ Rapport: ”Psykisk ohälsa”, Dnr: REV 2021–00094, beslutad av revisorskollegiet 2022-01-26.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisions sed i kommunal verksamhet. God revisions sed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisions sed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00048

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte fullt ut har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Granskningen har visat på betydande brister avseende tillgänglighet till vård och behandling. Styrelsen når inte lagstadgad vårdgaranti och har inte fattat kompletterande beslut när brister i tillgänglighet har redovisats. Revisionen bedömer därmed att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål.

Granskningen har även visat att styrelsen inte når regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans. Revisionen bedömer att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål.

Mot bakgrund av de brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en erinran.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi – Styrelsen har inte uppnått regionfullmäktiges mål om ekonomi i balans.
- Bristande måluppfyllelse gällande verksamhet – Styrelsen har inte uppnått regionfullmäktiges tillgänglighetsmål och lagstadgad vårdgaranti.
- Brister i styrning och intern kontroll gällande verksamhet – Styrelsen har inte fattat kompletterande beslut när brister i tillgänglighet har redovisats.

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00048

2023-03-29

Revisionsrapport: Sahlgrenska Universitetssjukhuset – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022–00048

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Marianne Förars Gustafsson, Evelina Halse och Vilma Lisboa Skarp

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	6
Utgångspunkter för granskningen	9
Styrelsens ansvar.....	9
Regionens budget.....	10
Revisionens granskning	10
Grundläggande granskning.....	13
Granskning av måluppfyllelse	13
Ekonomi.....	18
Granskning av styrning och intern kontroll	21
Fördjupad granskning.....	24
Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen.....	24
Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov.....	26
Granskning av effekter av åtgärdsplaner.....	28
Granskning av återbesök i specialiserad vård	29
Granskning av Västra Götalandsregionens krisberedskap	30
Granskning av löneprocessen.....	30
Granskning av organisatorisk och social arbetsmiljö.....	31
Granskning av personsäkerhet	34
Granskning av patientsäkerhet	38
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	41
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	41
Granskning av delårsbokslutet	42
Granskning av årsbokslutet.....	42
Uppföljning av rekommendationer.....	43
Uppföljning av granskning om åtgärder för kostnadskontroll och ekonomi i balans	43
Uppföljning av granskning om måluppfyllelse.....	43
Uppföljning av granskning om tillgänglighet	44
Uppföljning av granskning om psykisk ohälsa hos barn och unga	44
Det kommunala ansvarssystemet.....	46
Revisionen i korthet.....	47
Västra Götalandsregionen i korthet	48

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte fullt ut har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Granskningen visar på betydande brister avseende tillgänglighet till vård och behandling. Styrelsen når inte lagstadgad vårdgaranti och har inte fattat kompletterande beslut när brister i tillgänglighet har redovisats. Revisionen bedömer därmed att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål, och att styrning och intern kontroll inte varit tillräcklig.

Granskningen av måluppfyllelse avseende ekonomi har visat att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte når målet om ekonomi i balans. Revisionen bedömer att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål. Styrelsen har inte heller beslutat om korrigerande åtgärder för att komma till rätta med bristerna.

På nästa sida hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning avseende måluppfyllelse verksamhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla redovisningen av måluppfyllelse i enlighet med regional anvisning (2022)
Fördjupad granskning avseende hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti (2022)
Fördjupad granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod (2022)
Fördjupad granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi (2022)
Fördjupad granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet (2022)

Fördjupad granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus (2022)
Fördjupad granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022)
Fördjupad granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir (2022)
Fördjupad granskning avseende återbesök i specialiserad vård	Revisionen rekommenderar styrelserna att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov.
Fördjupad granskning avseende återbesök i specialiserad vård	Revisionen rekommenderar styrelserna att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
Fördjupad granskning avseende löneprocessen	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka den interna kontrollen vad gäller anställningsavtal. (2022)
Fördjupad granskning avseende organisatorisk och social arbetsmiljö	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla den systematiska uppföljningen av arbetsmiljöarbetet (2022)
Fördjupad granskning avseende personsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att arbetet med personsäkerhet, hot och våld följer gällande regelverk (2022)
Fördjupad granskning avseende patientsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt patientsäkerhetsarbete (2022)

Grundläggande granskning avseende intern kontroll i redovisningsrutiner	Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder infogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen (2022)
Grundläggande granskning avseende intern kontroll i redovisningsrutiner	Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det inte är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorder, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest inte sker av samma person (2022)
Uppföljning av granskning avseende åtgärder kostnadskontroll och ekonomi	Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsatt arbeta med åtgärdsprogram för kostnadskontroll och ekonomi i balans (2021)
Uppföljning av granskning avseende måluppfyllelse verksamhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att mer aktivt styra för att nå regionfullmäktiges mål (2021)
Uppföljning av granskning avseende tillgänglighet	Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsatt vidta åtgärder för att öka tillgänglighet till vård och behandling (2021)
Uppföljning av fördjupad granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga	Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021)

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska utföra vård enligt vårdöverenskommelse och tilläggsöverenskommelser mellan styrelsen och beställarna Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och västra hälso- och sjukvårdsnämnden. Vårduppdraget är att bedriva planerad och oplanerad öppen- och slutenvård inom vårdnivåerna länssjukvård samt högspecialiserad vård. Enligt reglementet ska överenskommelserna syfta till ett gemensamt ansvarstagande för att uppnå fullmäktiges mål utifrån gjorda behovsanalyser och tillgängliga resurser.

Styrelsen ska samråda med övriga utförarstyrelser samt med regionstyrelsen för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi. Styrelsen ska särskilt beakta de områden där det finns särskilda skäl för en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har även särskilda uppdrag från regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen enligt regionfullmäktiges budget för 2022.

Styrelsen svarar även för Sahlgrenska Universitetssjukhusets särskilda uppdrag som region- och universitetssjukhus. Det innebär att i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götalandsregionen samt de norra kommunerna Kungsbacka, Varberg och Falkenberg i Region Halland) bedriva utbildning, forskning och utveckling, bedriva regionsjukvård och nationell högspecialiserad vård, svara för sista utposten, svara för etablering av ny metodik och behandling, driva utvecklingsfrågor inom Västsveriges innovationssystem för Life Science samt att säkerställa att förutsättning finns avseende lokaler, utrustning och personal finns för att fullgöra uppdraget.

I reglementet anges vidare att styrelsen ska genomföra de beslut som regionstyrelsen fattar som rör sjukhusstyrelsernas utbud och uppgiftsfördelning. Sjukhuset svarar

även för export av hälso- och sjukvårdstjänster och därtill kopplade internationella frågor genom Sahlgrenska International Care.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål

- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har beslutat om följande mål för 2022

- Vi är landets ledande universitetssjukhus

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet.¹ Granskningen består av följande delar

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar och föreskrifter

- Kommunallag (2017:725)
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Förvaltningslag (2019:900)

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientlag (2014:821)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Arbetsmiljöverkets föreskrift - Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4)
- Arbetsmiljöverkets föreskrift - Våld och hot i arbetsmiljön (AFS 1993:2)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige

- Budget 2022 samt plan för ekonomi år 2023–2024 för Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2021–01700)
- Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (diarienummer RS 2018–03535)

Övriga styrande dokument

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2020–05267)
- Policy för Styrning i Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2019–02491)
- Policy för säkerhet och beredskap (diarienummer RS 2018–00129)
- Ärendehandbok – riktlinjer för ärendeberedning inom Västra Götalandsregionen (diarienummer RS 2017–02773)
- Vägledning för nämnders och styrelserns arbete (diarienummer RS 2017–04735)
- Rutin för personsäkerhet (diarienummer RS 2020–04168)
- Rutin för nämnder och styrelserns rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (diarienummer RS 2021–06437)
- Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022 (diarienummer RS 2021–03575)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen.²

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet. Vi har granskat måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål.

I Koncernkontorets anvisning Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022 framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vid bedömning ska följande punkter kommenteras:

- utfall, hänvisa till indikatorer
- analys, ska förklara den bedömning av måluppfyllnad som görs
- om uppföljningen visar negativ bedömning ska det ingå en redovisning över vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen.

Vidare framgår av anvisningen att koppling av indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde.

Vara föregångare – Västra Götalandsregionens eget arbete ska ligga i framkant

Målet är inskrivet i styrelsens verksamhetsplan för 2022. Målet kommuniceras övergripande samt återspeglas i sjukhusets egna mål. De flesta regionala miljömål 2030 är nedbrutna till miljömål för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2022.

Fokusområde är att minska Västra Götalandsregionens miljö- och klimatpåverkan enligt Miljömål 2030. Styrelsen bedömer att sjukhusets delmål för halverad energianvändning och minskat resande delvis nås medan mål inte nås för utfasning av farliga produkter och ämnen, klimatpåverkan från produkter och matsvinn.

Verksamheten har arbetat med och följt upp målen.

Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

Styrelsen bedömer i årsredovisning att målet är delvis uppnått.

Sjukhuset har arbetat med att öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problemet med överbeläggningar. Målet följs upp per månad med jämförelse mot föregående år. Sjukhuset har under året haft för få tillgängliga vårdplatser. Beläggningsgraden redovisas i allt för många fall över 100 procent. Alla sjukhusets områden redovisar åtgärder för att öka antalet vårdplatser men målet beläggningsgrad under 90 procent nås inte. Exempel på åtgärder som anges är mobila team och uppgiftsväxling. Hinder som anges är bemanningssvårigheter.

Delar av den planerade vården på akutsjukhusen ska flyttas ut till närsjukhus eller andra specialistmottagningar. Styrelsen bedömer att målet är delvis uppnått.

Styrelsen har inte genomfört planerad utflyttning av vård till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus och tidplanen har reviderats. Beslutad överföring av planerad vård för ögon och plastikkirurgi till Högsbo närsjukhus är inte genomförd. Styrelsen anger i årsredovisning att hinder för genomförandet (ombyggnationer med mera) finns hos Sjukhusen i väster.

Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka

Styrelsen bedömer i årsredovisning målet som delvis uppnått. Tillgängligheten har förbättrats jämfört med året innan men i lägre takt än målsättningarna.

Styrelsen har arbetat med målet att stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabesök och behandling. Styrelsen bedömer målet som delvis uppnått. Av styrelsens redovisning framgår att den lagstadgade vårdgarantin inte nås varken för förstabesök eller behandling. Revisionen har noterat att styrelsen inte har fattat kompletterande beslut när brister i tillgänglighet har redovisats. Ett antal insatser för produktionsplanering redovisas i årsredovisningen. Sjukhuset har bland annat inrättat ett centralt produktionskontor som stöttar verksamheterna med analyser, utredningar och kapacitetsberäkningar. Under hösten 2022 har också etablerats ett arbetsutskott till sjukhusets ledningsgrupp med uppdrag att ansvara för produktions- och kapacitetsstyrning inom sjukhuset.

Styrelsen har också arbetat med målet att öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. I styrelsens årsredovisning anges att målet är delvis uppnått. Revisionen noterar att måluppfyllelsen per december för förstabesök inom 30 dagar var 32 procent, för utredning 26 procent och för behandling 28 procent. En väg in har ökat tillgängligheten något till förstabesök under året. Noteras också att verksamheten påverkades under slutet av året av hög sjukfrånvaro bland personalen.

Styrelsen har arbetat med att invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar och bedömer att målsättningen är delvis nådd. En digitaliseringsstrategi har tagits fram och aktiviteter är genomförda men måltalet för andel digitala vårdmöten nås inte.

Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling

Styrelsen bedömer i årsredovisning målet som delvis uppnått.

I årsredovisning anges aktiviteter som chefsutvecklingsprogram och arbetsmiljöutbildning. Redovisas att genomförandet av introduktionsprogram, chefsutvecklingsprogram, ledningsgruppsutveckling och arbetsmiljöutbildning bidrar till grunden för ett tillitsbaserat ledarskap. Revisionen kan inte finna redovisning för hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord.

Styrelsen redovisar genomförda aktiviteter som riktlinjer och utbildning av chefer samt lönekartläggning för att motverka osakliga skillnader i män och kvinnors löner. kompetensbehov samtidigt som budget ska hållas. Styrelsen bedömer att detta delmål är delvis uppnått. Revisionen kan inte finna redovisning för hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord.

Styrelsen bedömer att delmålet om ett stärkt chefskap och implementering av tillitsstyrning är uppnått. Åtgärder som redovisas är genomförandet av introduktionsprogram, chefsutvecklingsprogram, ledningsgruppsutveckling och arbetsmiljöutbildning. Åtgärderna anges även bidra till grunden för ett tillitsbaserat ledarskap. Revisionen kan inte finna redovisning för hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har klarat uppdraget gällande de utbildningsplatser som beställts för vårdutbildningar på gymnasial och yrkeshögskolenivå. Processinriktad handledning och reflektionshandledning har kunnat levereras i enlighet med prognos och beställning. Peer Learning - kurser utfördes enligt målsättning för 2022.

Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Styrelsen bedömer i årsredovisning att målet är uppnått eller delvis uppnått. Bedömningen grundar sig på resultat i medarbetarenkät. Även insatser kopplade till arbetsmiljö och personalvård, avlastning och uppgiftsväxling nämns i årsredovisning. Revisionen kan inte finna redovisning för hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord.

Styrelsens egna mål: Vi är landets ledande universitetssjukhus

Styrelsen bedömer i årsredovisning att målet är uppnått. Måluppfyllelsen mäts genom antal vetenskapliga publikationer, disputationer, docenter, antal universitetssjukvårdsenheter samt andel medicinska kvalitetsindikatorer där sjukhuset presterar över riksgenomsnittet. Jämförelsen görs mot andra universitetssjukhus. Målvärdena nås för samtliga indikatorer.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning. I avsnittet fördjupad granskning redovisas de fördjupade granskningarna.

Iakttagelse offentlighet och sekretess

Revisionen har noterat att styrelsen under året fått kritik från Justitieombudsmannen för bristfällig hantering av framställningar om att lämna ut handlingar. Beskrivningen av ärendet nedan är hämtad ur beslutet från Justitieombudsmannen: Kritik mot Sahlgrenska Universitetssjukhuset inom Västra Götalandsregionen för bristfällig hantering av framställningar om att lämna ut allmänna handlingar (diarienummer JO 4164–2022).

En anmälan inkom till Justitieombudsmannen i februari 2022 gällande Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Anmälan föranledde inga utredningsåtgärder. Justitieombudsmannen uppmärksammade om bestämmelserna i kopia till sjukhuset av anmälan och beslut. Ett nytt klagomål i ärendet inkom till Justitieombudsmannen i maj. Trots påminnelser hade anmälaren inte fått något besked i frågan om utlämnande av handlingar. Justitieombudsmannen utredde ärendet och kom fram till att Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade hanterat begäran på ett felaktigt sätt vilket i första hand berodde på bristande kunskap kring den rättsliga regleringen av allmänna handlingar hos den personal som vårdar patienter. Den vårdenhet som besvarat all korrespondens har inte haft kunskap om att den som begär ut handlingar alltid har rätt till myndighetens prövning av sin begäran och därmed också rätt till ett överklagningsbart beslut. Justitieombudsmannen anger i bedömningen varför handläggningen inte är acceptabel vilket medförde att sjukhuset får kritik.

Revisionen har inte granskat området offentlighet och sekretess under år 2022 men kommer med anledning av Justitieombudsmannens beslut att granska sjukhusets fortsatta handläggning och åtgärder inom området under 2023.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Granskningen visar att det finns brister avseende måluppfyllelse och redovisning av hur bedömningen av måluppfyllelse är gjord. Revisionen bedömer att brister i tillgänglighet till vård och behandling är betydande. Revisionen kan heller inte se att styrelsen i årsredovisning tydligt anger åtgärder för hur styrelsen avser att komma till rätta med bristerna. I regional anvisning anges att om uppföljningen visar på avvikelser mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. En analys ska förklara den bedömning av måluppfyllnad som görs med hänvisning till indikatorer.

Granskningen av tillgänglighet till vård och behandling visar på betydande brister. Styrelsen har inte uppnått regionfullmäktiges tillgänglighetsmål och lagstadgad vårdgaranti. Detta kan medföra risk för bristande patientsäkerhet med vårdskador som följd. Granskningen visar även på brister i styrning och intern kontroll av verksamheten då styrelsen inte har fattat kompletterande beslut när brister i tillgänglighet har redovisats. Revisionen bedömer därmed att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål. Revisionens rekommendation från 2021 till styrelsen att mer aktivt styra för att nå regionfullmäktiges mål kvarstår.

Vi lämnar en rekommendation till styrelsen

- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla redovisning av måluppfyllelse i enlighet med regional anvisning.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Delårsrapport augusti 2022

Sahlgrenska Universitetssjukhusets totala budgetomslutning uppgår till 19,8 miljarder kronor.

Budgetavvikelsen till och med augusti uppgick till minus 146 miljoner kronor. Avvikelsen motsvarade 1,1 procent av omsättningen. Merkostnader kopplade till covid-19 efter avdrag för direkta intäkter för analyser kopplade till covid-19-tester uppgick till 127 miljoner kronor under årets sex första månader, och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har fått full kompensation för dessa merkostnader. Från och med juli månad utgår ingen regional kompensation för eventuella merkostnader kopplade till covid-19.

I maj betalades den av regionstyrelsen beslutade lönesatsningen för vissa personal-kategorier inom slutenvården ut första gången. För 2022 (8 månader) beräknades satsningen kosta 89 miljoner kronor för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Ersättning från regionen utgår med 70 miljoner kronor.

De totala kostnaderna var 1,2 procent högre för perioden januari till och med augusti jämfört med motsvarande period föregående år. Kostnadsutvecklingstakten (rullande 12 månader) exklusive tillkommande verksamhet inom Regional laboratoriemedicin ökade något i augusti och uppgick till 2,3 procent.

Sahlgrenska Universitetssjukhusets prognos för helår efter augusti månad uppgick till minus 225 miljoner kronor.

Årsredovisning 2022

Sjukhusets resultat för helår 2022 uppgick till minus 268 miljoner kronor, vilket är 43 miljoner kronor sämre än den prognos som lämnades per oktober. Avvikelsen på 268 miljoner kronor mot budget för år 2022 motsvarar 1,3 procent av omsättningen. Styrelsen har inte uppfyllt målet om en ekonomi i balans.

Intäkterna var 228 miljoner kronor högre och kostnaderna var 496 miljoner kronor högre än budget. Merkostnader kopplade till covid-19 efter avdrag för direkta intäkter för analyser kopplade till covid-19-tester uppgick under 2022 till 169 miljoner kronor. Sahlgrenska Universitetssjukhuset fick full kompensation för merkostnaderna

under årets åtta första månader (142 miljoner kronor). Under perioden september till och med december uppgick Sahlgrenska Universitetssjukhusets merkostnader kopplade till covid-19 till 27 miljoner kronor, och för denna period har Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fått någon kompensation.

De totala kostnaderna var 2,8 procent högre under 2022 jämfört med 2021, vilket är 43 miljoner kronor sämre än den prognos som lämnades per oktober.

Läkemedelskostnaderna var för helår 134 miljoner kronor högre än budgeterat. Störst budgetavvikelse hade verksamhetsområde medicin barn. Jämfört med 2021 var nettokostnadsökningen för sjukhuset för läkemedel 4 procent.

Personalkostnaderna var 288 miljoner kronor högre än budgeterat under 2022 och 3,5 procent högre än under 2021. Personalkostnad (löner plus sociala avgifter) per arbetad timme har ökat med 5,4 procent under 2022 jämfört med 2021. En hög korttidsfrånvaro och en fortsatt hög personalomsättning har under året medfört höga sjuklönekostnader och dyra lösningar i form av höga kostnader för övertid och inhyrd personal. Ackumulerat för 2022 uppgick kostnaden för inhyrd personal till 164 miljoner kronor, vilket är 50 miljoner kronor högre än under 2021.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset exklusive Sahlgrenska International Care (SIC) hade ett eget kapital på minus 377 miljoner kronor vid ingången av 2022. Detta belopp har skrivits av i sin helhet enligt beslut taget i regionfullmäktige. Utgående eget kapital per december 2022 exklusive Sahlgrenska International Care utgörs av årets resultat och uppgick till minus 268 miljoner kronor.

Eget kapital och resultat för Sahlgrenska International Care särredovisas med hänvisning till att dess verksamhet ska åtskiljas från skattefinansierad verksamhet. Det ingående egna kapitalet om 8,5 miljoner kronor har ökat till 10,5 miljoner kronor vid årets slut.

Granskning av ekonomistyrning

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens ekonomistyrning.

Ekonomi och verksamhet i balans

I budget 2022 återfinns beslutade effektiviseringsåtgärder motsvarande 300 miljoner kronor. Dessutom har verksamheterna granskat och bedömt åtgärder som beslutades inför år 2020 och 2021 men som av olika anledningar inte genomfördes. Främsta orsaken till detta har varit pandemin. Dessa åtgärder flyttades över till 2022. Sammantaget uppgick beslutade men ännu ej effektuerade effektiviseringsåtgärder för perioden 2020–2022 anges i detaljbudget till cirka 500 miljoner kronor.

Planerad genomförandegrad för 2022 bedömdes i augusti uppgå till 82 procent. I årsredovisningen framgår att genomförandegraden för 2022 blev 82 procent.

Värdet av åtgärder som inte kunnat genomföras som planerat under året uppgår till sammanlagt 94 miljoner kronor.

En ny intern ersättningsmodell har tagits fram i syfte att stimulera kvalitet, produktion och ekonomisk hållbarhet inom ramen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets produktionsuppdrag. Målet med den nya ersättningsmodellen är att skapa en tydligare koppling mellan ekonomisk budget och produktionsuppdrag samt att ekonomimodellen i högre utsträckning ska

- ge stöd i prioritering för bästa möjliga vård till rätt kvalitet för så många patienter som möjligt inom givna ekonomiska ramar
- tydliggöra uppdrag utifrån SU:s prioriterade mål och produktionsuppdrag utifrån medicinsk prioritering
- främja transparens i både modell och process
- öka fokus på horisontell samverkan och lärande, genom en mer sammansatt uppföljning.

Ersättningsmodellen implementerades i början av året. I delårsrapporten för augusti månad samt årsredovisning 2022 framgår verksamhetsområdenas resultat utifrån den produktionsrelaterade delen i ersättningsmodellen, i årsredovisning även för den kvalitetsrelaterade delen i ersättningsmodellen.

Vi har även noterat att styrelsen har fått månadsvis rapportering av resultat och ställning. Förvaltningsledningen har haft stort fokus på ekonomi under året och vi har sett att styrelsen fått utförliga månadsrapporteringar. Under året har verksamheterna arbetat koncentrerat med handlingsplaner för att få en ekonomi och verksamhet i balans. Verksamheten jobbar utifrån handlingsplanerna men granskningen har visat att det är svårt att se effekten på helhetsekomin.

Av protokoll från presidieöverläggning mellan Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrelse och regionens ägarutskott från början av december 2022 framgår att ett ekonomiskt nuläge och prognos har presenterats för regionens ägarutskott. Vidare framfördes att Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte kommer att klara ett nollresultat för 2022 utan att prognosen uppgick till minus 225 miljoner kronor för helåret. Diskussioner fördes om budget 2023 och frågan kring hur de ökade läkemedelskostnaderna ska hanteras framgent. Sahlgrenska Universitetssjukhuset presenterade även det sjukhusgemensamma strategiarbete för 2023 som syftar till att minska kostnader i förhållande till 2022 alternativt ge ökade intäkter. Arbetets strategiska delar är bland annat att ”producera enligt medicinskt uppdrag och beställning”, ”kompetensförsörjning och rätt använd kompetens” samt ”arbeta för effektiva vårdformer”. Ett generellt effektiviseringsuppdrag på 1,5 procent är utlagt vilket innebär cirka 300 miljoner kronor. Uppdraget kommer att omhändertas genom åtgärder som beräknas till cirka 650 miljoner kronor. Planerade åtgärder kommer att presenteras och arbetas vidare med på kommande styrelsemöte.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

I regionfullmäktiges mål framgår att styrelsen ska ha ett ekonomiskt resultat som är positivt eller i balans. Granskningen av måluppfyllelse gällande ekonomi har visat på att styrelsen inte når målet om ekonomi i balans. Revisionen bedömer att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål. Styrelsen har heller inte beslutat om korrigerande åtgärder för att komma till rätta med bristerna.

Rekommendationen från granskning 2021 om åtgärder för kostnadskontroll och ekonomi i balans kvarstår.

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Revisionen har under 2022 genomfört en granskning av intern styrning och kontroll inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsens system för intern kontroll är ändamålsenligt och tillräckligt utifrån styrelsens ansvar.

Granskningen har utgått från kommunallagen, reglemente för styrelsen, policy Styrning i Västra Götalandsregionen och vägledning för nämnders och styrelsers arbete. Granskningen innehåller följande områden:

- planering och riskhantering
- kontroller i kontrollplanen
- uppföljning och utvärdering.

Planering och riskhantering

I policy Styrning i Västra Götalandsregionen framgår att alla nämnder och styrelser årligen ska

- beskriva sin kontrollmiljö
- identifiera och värdera risker som underlag för kontroller
- besluta om en plan för intern kontroll
- följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder.

Beslut om plan för intern kontroll ska fattas i anslutning till beslut om detaljbudget och ska följa budgetåret.

I vägledningen för nämnders och styrelsers arbete framgår även att styrelsen ska för egen del genomföra riskanalys och besluta om en plan för intern kontroll. Vidare ska

styrelsen säkerställa att det finns tillräcklig styrning och resurser för att bland annat uppmärksamma och omhänderta avvikelser från politiskt fattade beslut samt kontrollera att verksamheten arbetar i enlighet med riktlinjer, rutiner och lagstiftning.

Vår granskning har visat att styrelsens kontrollmiljö är beskriven i ett särskilt dokument, Kontrollmiljö. Beskrivningen följer Koncernkontorets anvisning för intern styrning och kontroll. Av styrelsens kontrollmiljö framgår ett antal lagar, författningar och övergripande styrande dokument som styrelsen förväntas ha kännedom om och som påverkar styrelsens uppdrag och ansvar. Vidare beskrivs i dokumentet styrelsens uppdrag och mål, intern påverkan, beroende till andra verksamheter och extern påverkan.

Vi har noterat att förvaltningen har tagit fram tillämpningsanvisningar för sitt arbete med intern kontroll. Dessa syftar till att beskriva arbetsprocessen med intern kontroll, samla anvisningar och förtydliga internkontrollens del i förvaltningens övergripande ledning och styrning. I tillämpningsanvisningarna återges bland annat ansvarsfördelning, årshjulet för arbetet med intern styrning och kontroll samt styrelsens uppföljning av arbetet.

Av intervjun med tjänstepersonerna framgår att styrelsen arbetar efter ett årshjul för internkontrollplanen. Förvaltningen har en kompetensgrupp som arbetar med frågan över året. Styrelsen har ett budgetmöte i början av november där gruppen har en workshop där sjukhusets risker är uppe för diskussion. Därefter arbetar kompetensgruppen fram förslag till plan för intern kontroll som beslutas om på styrelsen i decembermötet. Vår granskning har visat att styrelsen beslutade om plan för intern kontroll för 2022 i december 2021. Planen omfattar de kontroller som ska genomföras under året, när dessa ska följas upp och till vem det ska rapporteras.

Av våra intervjuer har framgått att förvaltningen återrapporterar vid behov till presidiummötena om arbetet med de olika kontrollområdena. Styrelsen får en mer omfattande uppföljning av kontroller och eventuella åtgärder vid två olika tidpunkter under året (på våren och på hösten).

Styrelsen värderar de risker som tjänstepersonerna tagit fram inom olika verksamhetsområden och tar beslut om de områden där kontroller ska genomföras. Styrelsens identifierade risk med högst riskvärde är risken att Sahlgrenska Universitetssjukhuset blir utsatt för cyberhot eller skadlig kod (virus, ransomware med mera).

Flera av de risker som finns beskrivna återfinns inom området oegentligheter (korruption, mutor och jäv). Riskerna som återges här är mer av karaktären som faller inom området informationshantering och IT. I granskningen har vi sett att det inte finns några risker formulerade specifikt avseende korruption, mutor och jäv.

Kontroller i kontrollplanen

Under 2022 är har ett tjugotal kontroller genomförts inom områdena verksamhetens genomförande, säkerhet och trygghet, samverkan och beroenden av andra parter,

personal- och kompetensförsörjning-, informationshantering och IT, oegentligheter (korruption, mutor och jäv) och ekonomi.

Vad gäller kontrollerna i plan för intern kontroll har vi uppmärksammat att det för några av kontrollerna, exempelvis inom området personal- och kompetensförsörjning, är svårt att se sambanden mellan risk och utförd kontroll samt vad som ska kontrolleras och hur det ska kontrolleras.

Uppföljning och utvärdering

I granskningen har vi noterat att uppföljning av den interna kontrollen genomförs enligt följande:

- Uppföljningen av den interna kontrollen sker i regel två gånger under året utifrån den rapporteringsperiod som angetts för kontrollmomentet.
- Styrelsen säkerställer att den interna kontrollen är ändamålsenlig och tillräcklig genom att få information av förvaltningsledningen om genomförda kontrollmoment. Två gånger om året tar de dessutom del av en mer omfattande redovisning av internkontrollarbetet.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Dock finns det delar som går att utveckla bland annat det som avser kontrollerna i plan för intern kontroll. Vi anser att det är viktigt att utforma ändamålsenliga kontroller i plan för intern kontroll då dessa ska syfta till att följa upp att internkontrollen fungerar (de utgör därmed stickprov på att identifierade åtgärder hanterar riskerna som tänkt).

Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

- strategisk kompetensförsörjning
- hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov
- effekter av åtgärdsplaner
- återbesök i specialiserad vård
- krisberedskap
- löneprocessen
- organisatorisk och social arbetsmiljö
- personsäkerhet
- patientsäkerhet

Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt folktandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023.³

Ansvariga styrelser i granskningen har varit regionstyrelsen, samt styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus samt tandvårdsstyrelsen.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

³ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022-00077).

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har inriktats på styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå.

Granskningen visar att *regionstyrelsen* har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock vissa brister i detta system. Bristerna inverkar på styrning- och ledning av kompetensförsörjning på koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller:

- säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi
- säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem
- riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförarstyrelsernas process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan.

I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå

- säkerställa att målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskningen visar sammanfattningsvis att *utförarstyrelsernas* styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det VGR-gemensamma styr- och ledningssystemet. Utförarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur strategisk kompetensförsörjningen ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också att mandat och ansvarsfördelning mellan utförarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. En noterad avvikelse är dock hantering hos styrelsen för Sjukhusen i väster och styrelsen för Närhälsan där kompetensförsörjningsplanen inte fastställs av styrelserna utan av förvaltningschef genom verkställighetsbeslut. I utförarstyrelsernas reglemente anger krav på att samråd ska ske med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning är att regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av

reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare. Revisionen bedömer emellertid att det i första hand åligger regionstyrelsen att säkerställa och utveckla det regionsgemensamma styr- och ledningssystemet.

Revisionen riktar fem rekommendationer till regionstyrelsen med syftet att åtgärder vidtas för att stärka styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå. Rekommendationerna omfattar politiska samråd mellan utförarstyrelser, riktlinjer för beredning och beslut av kompetensförsörjningsplaner, utveckling av målindikatorerna kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget, samt utveckling av den intern kontrollen.

Revisionen rekommenderar styrelserna för Sjukhusen i väster och Närhälsan att besluta om kompetensförsörjningsplaner på styrelsenivå.

Revisionen lämnade ingen rekommendation till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset med anledning av granskningen.

Hänvisning till: Rapporten "Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt folktandvården i Västra Götalandsregionen" med diarienummer REV 2022-00077.

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

Revisionen har granskat hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.⁴

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

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

Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämnda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom den regionala särskilda tillgänglighetsledningen. Trots det har insatserna inte gett förväntad effekt.

⁴ Revisionsrapport: Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov (diarienummer REV 2021-2022-00084).

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 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 ett patientperspektiv kan utvecklas avseende måluppfyllelse ställt till vårdgarantin.

Granskningen visar också att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger 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. Revisionens bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

Revisionen lämnade följande rekommendationer med anledning av granskningen:

- 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.

Hänvisning till: Rapporten ”Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov” med diarienummer REV 2022–00084.

Granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen har granskat effekterna av sjukhusens åtgärdsplaner. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022.⁵

Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Med ett ändamålsenligt och effektivt arbete menas att verksamheten, genom åtgärderna, uppfyller de krav som ställs på verksamhetens omfattning, innehåll och kvalitet.

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skaraborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster. Granskningen omfattade även regionstyrelsen utifrån dess ansvar att ha uppsikt över sjukhusens arbete med åtgärdsplanerna.

Granskningen visade sammantaget att

- sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för att nå en verksamhet och ekonomi i balans i stora delar var ändamålsenligt men att det fanns förbättringsmöjligheter
- regionstyrelsen bör utveckla formerna för att stödja sjukhusens styrelser i arbetet med att hålla budgeten och nå regionfullmäktiges mål.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att

- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi
- säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet
- utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus
- utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen
- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

⁵ Revisionsrapport: Granskning av effekter av åtgärdsplaner (diarienummer REV 2022–00085).

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- utveckla formerna för att stödja sjukhusstyrelsernas arbete med att klara sin budget och nå regionfullmäktiges mål
- utveckla analyserna i delårsrapport och årsbokslut om orsakerna till att sjukhusen år efter år går med ekonomiska underskott
- utveckla formerna för uppföljning med regionala indikatorer rullande prognoser och dokumentation av resultat
- se till att samtliga sjukhus har tillgång till ett likartat IT-stöd
- utreda regionalt stödjande arbete för nationell benchmarking och omvärldsanalys.

Sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Hänvisning till: Rapporten ”Granskning av effekter av åtgärdsplaner” med diarienummer REV 2022–00085.

Granskning av återbesök i specialiserad vård

Revisionen har granskat återbesök i specialiserad vård. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022⁶.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelserna säkerställt att patienten kan få vård och uppföljning i form av återbesök i rätt tid ur ett medicinskt perspektiv.

Granskningen omfattade styrelserna för Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus.

Granskningen visade att sjukhusen har en bristande måluppfyllelse för återbesök och i varierande grad följt upp måluppfyllelse och vidtagit åtgärder. Iakttagelser och bedömningar redovisas i sin helhet i rapporten.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till styrelserna för Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus med anledning av granskningen:

- Revisionen rekommenderar styrelserna att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov.
- Revisionen rekommenderar styrelserna att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste

⁶ Revisionsrapport: Återbesök i specialiserad vård (diarienummer REV 2022–00086).

mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Hänvisning till: Rapporten ”Återbesök i specialiserad vård” med diarienummer REV 2022–00086.

Granskning av Västra Götalandsregionens krisberedskap

Revisionen har granskat Västra Götalandsregionens arbete med krisberedskap. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.

Syftet med granskningen var att bedöma om regionstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning, uppföljning och kontroll av krisberedskapsarbetet samt att det har skett i enlighet med gällande lagar och föreskrifter på området.

Granskningen omfattade arbetet med krisberedskap inom regionstyrelsen. I granskningen har stickprov på utvalda dokument gjorts hos Sahlgrenska Universitetssjukhuset och servicenämnden.

Granskningen visade att regionstyrelsen i vissa delar har arbetat med krisberedskap på ett ändamålsenligt sätt men i andra delar har vi bedömt att det finns brister.

Revisionen lämnade ingen rekommendation till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset med anledning av granskningen.

Hänvisning till: Rapporten ” Granskning av krisberedskap” med diarienummer REV 2022–00082.

Granskning av löneprocessen

Revisionen har granskat löneprocessen inom Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023.⁷

Syftet med granskningen var att bedöma om servicenämnden har säkerställt att Västra Götalandsregionens löneprocess bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Granskningen omfattade servicenämnden. Regionstyrelsen och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har berörts av granskningen.

⁷ Revisionsrapport: Granskning av löneprocessen in Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022–00080).

Granskningen visade på brister avseende anställningsavtal. Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset behöver därför stärka den interna kontrollen vad gäller anställningsavtal.

Revisionen lämnade följande rekommendation till styrelsen med anledning av granskningen

- Revisionen rekommenderar styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att stärka den interna kontrollen vad gäller anställningsavtal.

Granskning av organisatorisk och social arbetsmiljö

Revisionen har under 2022 granskat organisatorisk och social arbetsmiljö. Granskningen avser område 1 kvinnosjukvården, verksamhetsåret 2022.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har säkerställt ett ändamålsenligt arbetsmiljöarbete utifrån lagar och föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö.

Granskningen har utgått från kommunallagen, arbetsmiljölagen, styrelsens reglemente och Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö.

Arbetsgivaren ska enligt lag⁸ systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten så att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö⁹ förtydligar vilka sociala och organisatoriska faktorer som ska vara en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Av föreskriften anges att arbetsgivaren ska ha kunskap om hur ohälsosam arbetsbelastning förebyggs och hanteras, att arbetsgivaren ska fastställa mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, samt ha kunskap om hur kränkande särbehandling förebyggs och hanteras. Föreskriften ställer krav på att arbetsgivaren ska se till att det finns förutsättningar för chefer i form av tillräckliga befogenheter, en rimlig arbetsbelastning och att det finns stöd att få i rollen som chef.

Enligt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset reglemente¹⁰ är styrelsen anställningsmyndighet för personal vid sin förvaltning och ansvarar för personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom sitt verksamhetsområde. Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

⁸ Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap. 2a §.

⁹ Arbetsmiljöverkets föreskrift Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4).

¹⁰ Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, dnr RS 2021–01728.

Krav på kunskap om organisatorisk och social arbetsmiljö

Granskningen har visat att det inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en arbetsmiljöutbildning för chefer och i samband med anställning deltar alla chefer i ett chefsutvecklingsprogram med vidareutbildningar. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har egna utbildningsprogram för chefer men använder sig även av regionens arbetsmiljöutbildningar. Alla chefer behöver gå arbetsmiljöutbildning innan de kan få fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Utbildningen ger bland annat kunskap om arbetsmiljölagen, Arbetsmiljöverkets föreskrifter samt regionens rutiner.

Vid intervjuerna framkom det att under år 2021 gjordes en anmälan med stöd av arbetsmiljölagen 6 kapitlet 6 a§. Anmälan rörde barnmorskornas arbetsmiljö i akutverksamheten. En riskanalys genomfördes för att säkerställa att uppdraget kunde genomföras med god arbetsmiljö utifrån anmälan. Vid intervjuerna framkom det att kvinnosjukvården har arbetat intensivt med arbetsmiljöfrågorna och vid Arbetsmiljöverkets uppföljande granskning våren 2022 konstaterades att åtgärder vidtagits och ärendet avslutades.

Mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön

Av verksamhetsplan och detaljbudget för 2022 framgår att Sahlgrenska Universitetssjukhuset i sitt uppdrag arbetar med prioriterade mål och fokusområden utifrån Västra Götalandsregionens budget. Av verksamhetsplan och detaljbudget framgår även att prioriterade mål mäts med hjälp av ett antal förutbestämda indikatorer och utfallsmåtten hämtas från regionen. Vid uppföljning i april, augusti och december 2022 utvärderas mål och aktiviteter och status redovisas till styrelsen. Varje område och verksamhetsområde har en egen verksamhetsplan som styr mot övergripande mål och strategier.

För 2022 har styrelsen antagit följande mål inom området medarbetare:

- skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

Vid intervjuerna framkom att framtagandet av målen för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom kvinnosjukvården sker i samverkan med de fackliga organisationerna och i dialog med medarbetarna vid exempelvis arbetsplatsträffar.

Uppföljning av arbetsmiljöarbetet

Granskningen har visat att den senaste medarbetarenkäten gjordes 2019 och att styrelsen fick information om resultatet från medarbetarenkäten november 2019. I styrelsens plan för intern styrning och kontroll för 2022 finns fem risker inom område personal- och kompetensförsörjning.

Vid intervjuerna beskrevs att verksamheten arbetar med uppföljning. Vidare framkom att kvinnosjukvården har en löpande dialog med skyddsombud och fackliga representanter och genomför en årlig enkät gällande organisatorisk och social arbetsmiljö.

Av delårsrapport per augusti 2022 framgår att arbetsmiljöarbetet har haft ett fokus på att medarbetare och chefer ska ha en hållbar vardag och ett hållbart arbetsliv. Av rapporten framgår även att det har funnits utmaningar vad gäller semesterplanering, bemanning och öppethållande av vårdplatser under sommarmånaderna.

Revisionen har vid granskning av delårsrapport och plan för intern styrning och kontroll noterat att styrelsens systematiska uppföljning av arbetsmiljöarbetet saknas vad gäller kopplingen mellan verksamhetens och styrelsens uppföljning. Uppföljning av målen för det organisatoriska och sociala arbetsmiljöarbetet har heller inte inkluderats i uppföljningen.

Arbetsgivarens ansvar att förebygga ohälsosam arbetsbelastning

Granskningen har visat att Sahlgrenska Universitetssjukhuset genomför en årlig enkät gällande det systematiska arbetsmiljöarbetet för första linjens chefer och skyddsombud. Enkäten bryts ner på sjukhusets olika nivåer. Av genomförd enkät 2022 framkom att det finns ett behov att under kommande år göra insatser för att förebygga hög arbetsbelastning och att göra insatser för att möjliggöra återhämtning.

Vid intervjuerna beskrevs att ett flertal insatser görs för att möjliggöra en rimlig arbetsbelastning däribland att klargöra medarbetarnas arbetsuppgifter i arbetsbeskrivningar. Vidare beskrevs att ett arbete inom akutsjukvården innebär att ha starkt psykiskt påfrestande arbetsuppgifter. Arbetsgivaren behöver därför ta höjd för det genom insatser för arbetsmiljön och hitta återhämtning under lugnare perioder. Den lokala återhämtningsplanen med tillhörande checklista för återhämtning används som stöd i arbetet inom kvinnosjukvården. Planen beskriver övergripande insatser, insatser på arbetsplatsen och individuella insatser.

Arbetsgivarens ansvar gällande arbetstid och arbetsinnehåll

Vid intervjuerna beskrevs att nästan all personal inom kvinnosjukvården är anställd för arbete i dygnet-runt-verksamheten och att hälsosam schemaläggning är viktigt för arbetsmiljön. Vidare beskrevs att flera insatser görs inom kvinnosjukvårdens schemaläggning för att följa regler för återhämtning exempelvis att inte ha delade arbetspass. För att möjliggöra återhämtning när medarbetarna är lediga försöker exempelvis verksamheten undvika sms-utskick vid behov av extra personal. Detta beskrevs dock vara svårt att undvika inom förlossningsvården men att ambitionen finns. Sommaren upplevs som extra ansträngd men att de medarbetare inom kvinnosjukvården som har önskat, har fått fyra veckors sammanhängande semester.

Krav på rutin för hantering av kränkande särbehandling

Granskningen har visat att Sahlgrenska Universitetssjukhuset använder sig av Västra Götalandsregionens rutin för hantering av kränkande särbehandling. Vid intervjuerna beskrevs att rutinen för hantering av kränkande särbehandling, trakasserier och sexuella trakasserier är känd bland chefer och medarbetare inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Arbetet för att uppmärksamma och motverka kränkande särbehandling finns som en del i arbetsmiljöarbetet och dialog sker bland annat i samband med arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har säkerställt ett ändamålsenligt arbetsmiljöarbete utifrån lagar och föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö. Granskningen har visat på förbättringsområden avseende styrelsens systematiska uppföljning och arbetet för att förebygga hög arbetsbelastning.

Vid intervjuerna framkom att en rad insatser görs inom kvinnosjukvården för att förebygga och hantera ohälsosam arbetsbelastning. Trots de insatser som görs beskrevs att arbetsbelastningen är hög, särskilt under sommarmånaderna. Utifrån arbetsgivarens skyldigheter i lag och föreskrifter är det därför väsentligt att styrelsen säkerställer att arbetsuppgifterna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning.

Vi lämnar en rekommendation till styrelsen

- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla den systematiska uppföljningen av arbetsmiljöarbetet.

Granskning av personsäkerhet

Personsäkerhet för anställda är en arbetsmiljöfråga och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom sitt verksamhetsområde.

Alla arbetsgivare är enligt lag skyldiga att bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetsplatser ska utformas och utrustas för att förebygga risken för hot och våld så långt det är möjligt. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om våld och hot i arbetsmiljön, (AFS 1993:2) gäller på alla arbetsplatser. Vidare ska varje verksamhet inom Västra Götalandsregionen ha fastställda ordnings- och säkerhetsregler som är kända för all personal.

Genom att förbättra säkerheten i lokalerna på arbetsplatsen, införa genomtänkta rutiner och genom utbildnings- och informationsinsatser kan många hot- och våldssituationer undvikas. Med ett bra förebyggande arbete går det att skapa en arbetsplats där personalen kan känna trygghet, även i verksamheter där risken för att bli utsatt för hot och våld i arbetet är påtaglig.

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitets-sjukhuset bedriver ett personsäkerhetsarbete i enlighet med gällande regelverk.

Granskningen avgränsas till att belysa styrelsens för Sahlgrenska Universitets-sjukhusets rutiner, riktlinjer, regler och pågående arbete inom personsäkerhet. Personsäkerhet innebär samtliga trygghetsskapande, kompetenshöjande och fysiska skyddsåtgärder som medför att alla som kommer i kontakt med sjukhusets olika verksamheter, ska känna sig trygga och säkra i sjukhusets lokaler och verksamheter. Granskningen utgår från följande lag och föreskrifter:

- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Arbetsmiljöverkets föreskrift - Våld och hot i arbetsmiljön (AFS 1993:2)
- Policy för säkerhet och beredskap (RS 2018-00129)
- Rutin personsäkerhet (RS 2020-04168)

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys och intervjuer med säkerhetschef och verksamheter inom sjukhusets område 3 och område 6.

Organisation för personsäkerhet

Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö enligt 3 kapitlet § 2a Arbetsmiljölagen (1977:1160). Arbetet ska ordnas så att risk för våld eller hot om våld så långt som möjligt förebyggs enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 1993:2 §3). Granskningen visar att ansvaret för personsäkerhet följer linjen. Det yttersta ansvaret har verksamhetschefen och linjeorganisationen med enhetscheferna. Skyddsombuden har också ett ansvar. Det är ett chefsansvar men det åligger också de anställda att följa fastställda föreskrifter och rutiner. Chefsansvaret omfattar även studenter som praktiserar i verksamheterna. Av våra intervjuer har framgått att det finns utpekade säkerhetssamordnare inom varje område. Säkerhetssamordnarnas uppdrags omfattning varierar mellan områdena på sjukhuset. Riskerna varierar också över tid och lokalisering och när ombyggnationer pågår. Exempel ges på ombyggnation som pågår på Högsbo närsjukhus.

Utbildning ges på chefsdagen och i introduktionen av nya medarbetare. Utbildning i personsäkerhet är inte ett obligatoriskt moment såsom släckningsutbildning. Det framkommer i granskningen att en obligatorisk utbildning skulle höja säkerheten för såväl anställda som för patienter. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 1993:2 § 4) ska arbetstagarna ha tillräcklig utbildning och information och få tillräckliga instruktioner för att kunna utföra arbetet säkert och med tillfredsställande trygghet. Det framkommer i vår granskning att uppföljning av genomgången säkerhetsutbildning inte finns samlat på säkerhetsavdelningen utan följer ansvarslinjen.

Rutiner och riktlinjer

Rutiner och riktlinjer finns inom personsäkerhet som är generella för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och granskade verksamhetsområden. De generella riktlinjerna har kompletterats inom identifierade riskområden. Ett exempel är framtagna rutiner för hot och våld vid hembesök. Handlingsplan för personsäkerhet anges som viktig för situationer som kan uppstå exempelvis när skottskadade patienter får vård.

Det finns inom utvalda granskade områden en riskhantering och tillbudsrapportering som säkerställer att risker för hot och våld kan minimeras. Rutiner finns för hur anställda ska hantera uppkomna situationer och vilka de ska kontakta.

Vid intervju informerar säkerhetschef om att alla avdelningar ska ha handlingsplaner men att alla inte har det.

Intervjuade verksamhetsansvariga uppger att det finns en stor medvetenhet om risker och att rutiner är kända och följs. Granskningen har inte funnit att granskade verksamheter kontrollerar att rutiner är kända för personalen. Av våra intervjuer har framgått att kunskapsnivån inom personsäkerhet generellt måste höjas.

Riskinventeringar och tillbudsrapportering

Arbetsgivaren ska utreda de risker för våld eller hot om våld som kan finnas i arbetet samt vidta de åtgärder som kan föranledas av utredningen (AFS 1993:2 §§ 2–3). Arbetet ska ordnas så att risk för våld eller hot om våld så långt som det är möjligt förebyggs. Ur Arbetsmiljöverkets föreskrift framgår att särskilda säkerhetsrutiner ska finnas för arbete som kan medföra risk för våld eller hot om våld. Rutinerna ska hållas aktuella och följas upp fortlöpande. Rutinerna ska även vara kända av alla arbetstagare som kan bli berörda av riskerna.

Vid intervju framkommer att arbetsmiljöronder sker en gång per år per enhet. Vid arbetsmiljöronderna kan skyddsombud eller medarbetare identifiera behov av förändring. En risk som identifierats är om det är stora folksamlingar i sjukhusets foajé. För att hantera risken med stora folksamlingar har sjukhuset tagit fram rutinen Stort antal besökande.

Sjukhuset har också tagit fram ett våldsincidentformulär att fylla i. Det framkommer vid intervju att väldigt få tillbud rapporteras. Det anges att det råder osäkerhet om det beror på att inga tillbud förekommit eller om det kan bero på underrapportering. Verksamhetschef kommer följa upp.

Vid intervju framkommer att det var länge sedan det gjordes en övergripande riskinventering. Vidare framkommer uppfattningen är att det beror på att risker ska inventeras där de uppstår.

En identifierad risk är att kunskapsnivån generellt är för låg.

Styrelsens uppföljning

Den uppföljning som styrelsen gör av personsäkerhet, hot och våld ger delvis tillräckligt med underlag för att bedöma om säkerhetsnivån är acceptabel.

Säkerhetsavdelningen samlar dagligen in rapportering om tillbud. Sammanställning i rapporter görs per sjukhusområde Mölndal, Sahlgrenska och Östra. Årlig statistik ur MedControlPro jämförs mot tidigare år. Statistiken visar på nedgång men det uppges att det kan bero på underrapportering.

Det finns upprättade lokala handlingsplaner för att förebygga hot och våld. Det har inte kommunicerats vad otillåten påverkan kan innebära. Uppgifter om antal avvikelser och tillbud rapporteras från områdena men granskade områden gör ingen egen årlig rapport. De finns också brister i dokumentation av tillbud och risker.

Granskningen visar att rapportering till styrelsen om personsäkerhet under 2022 görs i ett styrelseärende samt i förekommande fall vid incidenter.¹¹ Granskningen kan inte återfinna uppföljning av personsäkerhet i styrelsens årsredovisning.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fullt ut har säkerställt ett personsäkerhetsarbete i enlighet med gällande regelverk.

Granskningen har visat att område 3 och område 6 inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver ett omfattande arbete med personsäkerhet samt förebyggande arbetet gällande hot och våld. Granskningen har dock identifierat brister i rapporteringen samt brister i den kontinuerliga uppföljningen. Granskningen har även visat på att det i vissa fall saknas lokala handlingsplaner för att förebygga hot och våld. Det har heller inte kommunicerats vad risken om otillåten påverkan kan innebära. Revisionen bedömer att uppföljning om risker kan utföras mer systematiskt.

Vi lämnar en rekommendation med anledning av granskningen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att arbetet med personsäkerhet, hot och våld följer gällande regelverk.

¹¹ Styrelsens protokoll §138 Uppgradering av yttre säkerhet vid Rågård, §26 utbildning ledamöter hot, hot och våld i den demokratiska processen.

Granskning av patientsäkerhet

Vårdgivaren har enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Vidare ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Patientsäkerhet påverkas av såväl organisation, professionellt omhändertagande som fysisk miljö.

Denna granskning har avgränsats till arbetet med vårdskador, vårdrelaterade infektioner, trycksår och vårdplatser (överbeläggningar och utlokaliseringar). Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver ett patientsäkerhetsarbete i enlighet med gällande regelverk.

Organisation

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett omfattande uppdrag med komplex organisation. Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat på såväl lednings- som verksamhetsnivå. Sjukhuset har en tydlig organisation för patientsäkerhetsarbetet vilken beskrivs i dokumentet Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet – uppdrag och arbetsformer. Det finns en sjukhusövergripande styrning för utvalda mål. Sjukhuset följer den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet och följer upp måluppfyllelsen genom de i planen angivna indikatorerna.

Uppföljningen under året och i patientsäkerhetsberättelse pekar ut brister och åtgärdsbehov. Inom områdena nedan nås inte målsättningen.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner följs genom andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner i procent. Det satta målet nås inte. Vårdrelaterade infektioner följs också genom uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Måttet, som är ett av sjukhusets kvalitetsrelaterade mått, följs upp centralt för att bidra till ett ökat fokus på vilka aktiviteter som verksamheterna utför. Sjukhuset redovisar att det är bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Brister får konsekvenser för patienter vilket sjukhuset tydliggjort i plan för patientsäkerhet.

Trycksår

Anställda inom vård och omsorg ska alltid handla utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns omfattande evidens om förebyggande åtgärder, behandling och konsekvenser av trycksår. Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) har hälso- och sjukvårdspersonal själv ansvar för det de gör utifrån enskild patient och situation.

Ibland kan även en annan person ha del i ansvaret, exempelvis genom att det finns tydliga instruktioner och rutiner på arbetsplatsen. Förebyggande av trycksår ingår i grundläggande omvårdnad. Brister får konsekvenser för patienter vilket sjukhuset tydliggjort i plan för patientsäkerhet.

Sjukhuset följer upp registrering av trycksår i journal vid in- och vid utskrivning och anger i patientsäkerhetsberättelse att för få skattningar görs vid utskrivning. Några områden registrerar väl i journal medan andra områden är sämre. Förbättringsåtgärder finns framtaget. Planerad punktprevalensmätning 2022 ställdes in på grund av pandemin.

Tillgängliga vårdplatser

Under 2019 gjordes på uppdrag av sjukhusledningen en utredning av dimensionering, organisation, styrning och bemanning när det gäller vårdplatser på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Rapport från 2020 visade behov av fler vårdplatser på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Utredningen visade samtidigt på stora skillnader mellan hur verksamheterna beräknade budget och bemannade vårdplatser. Arbetet med vårdplatser sker på uppdrag av Sahlgrenska Universitetssjukhusets ledningsgrupp som också är styrgrupp. Utförandet genomförs i befintlig linjeorganisation. Sjukhuset har därefter arbetat med beräkningsgrunder och analyser som start på arbete med utökning av vårdplatser för att öka tillgängligheten till vård.

Revisionen noterar att arbetet pågått ett antal år utan större framgång. En delförklaring är effekterna av pandemin. För 2022 redovisas i årsredovisning bristande tillgång på vårdplatser. Sjukhuset har inte genomfört alla beslutade åtgärder för att öka tillgången är genomförda vilket redovisas i uppföljning.

Inspektionen för vård och omsorg har granskat akutsjukvården

Under året har också Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat akutsjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra och Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska och lämnar kritik i tillsynsrapport, Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen.¹² En del av kritiken riktas mot ”Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador.”

Inspektionen för vård och omsorg bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Brister får konsekvenser för patienter vilket sjukhuset tydliggjort i plan för patientsäkerhet. Beslutade åtgärder är dock inte genomförda.

¹² Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ Sahlgrenska (SU/S) Västra Götalandsregionen dnr 23064/2022 och Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra (SU/Ö), Västra Götalandsregionen diarienummer 23065/2022.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att det finns brister i patientsäkerhetsarbetet ställt till gällande regelverk. Redovisade brister är inte förenligt med vårdgivarens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslag (2017:30) och patientsäkerhetslag (2010:659)

Revisionen kommer granska arbetet i fördjupad granskning under år 2023.

Vi lämnar en rekommendation med anledning av granskningen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt patientsäkerhetsarbete.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed.¹³

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar bland annat

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

En generell notering i samband med granskningen av förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen är att det saknas en framtagen riktlinje för vad en manuell bokföringsorder ska bestå av i form av bokföringsunderlag.

Avseende bokslutsprocessen har noterats att det inte finns någon systemspärr i Raindance som säkerställer att godkännande och attest av bokföringsorder ej sker av samma person.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehöll revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar dock två rekommendationer inom området:

- Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

¹³ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

- Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det inte är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementera en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorder, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest inte sker av samma person.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed.

Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av granskning om åtgärder för kostnadskontroll och ekonomi i balans

Revisionen granskade 2021 styrelsens arbete med ekonomi i balans. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsatt arbeta med åtgärdsprogram för kostnadskontroll och ekonomi i balans.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att, i det fall årsprognos för 2022 vid aprilbokslutet väsentligt avviker från regionfullmäktiges ekonomiska målnivå för 2022, formellt lyfta detta till regionfullmäktige med tydliga beskrivningar avseende orsaker, för ställningstagande och eventuell vägledning.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentanalys och intervjuer samt på dialogmöten med styrelsens presidium. Revisionen har också genomfört en fördjupad granskning under året effekter av åtgärdsplaner (diarienummer REV 2022–00085).

I april avvek inte årsprognosen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset väsentligt från regionfullmäktiges ekonomiska målnivå för 2022. Styrelsen lyfte inte prognos till regionfullmäktige.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen. Rekommendationen kvarstår.

Uppföljning av granskning om måluppfyllelse

Revisionen granskade i grundläggande granskning styrelsens måluppfyllelse mot fullmäktiges mål 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att mer aktivt styra för att nå regionfullmäktiges mål.

Vi har i år följt upp rekommendationen i grundläggande granskning av måluppfyllelse.

Sjukhuset har en omfattande och detaljerad uppföljning i månadsrapporteringen. Revisionen noterar att exempelvis åtgärder för kostnadskontroll kommuniceras i månadsrapporteringen. Sjukhuset når inte mål för vårdgaranti och vi kan inte se i styrelsens protokoll att styrelsen agerat när förvaltningen informerat om aktuellt läge.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen. Rekommendationen kvarstår.

Uppföljning av granskning om tillgänglighet

Revisionen granskade tillgänglighet 2020–2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsatt vidta åtgärder för att öka tillgänglighet till vård och behandling.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att granska protokoll, måluppfyllelse i särskild granskning om styrelsens åtgärder mot uppdämda vårdbehov.

Sjukhuset når inte mål för vårdgaranti och vi kan inte se i styrelsens protokoll att styrelsen agerat när förvaltningen informerat om aktuellt läge.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen. Rekommendationen kvarstår.

Uppföljning av granskning om psykisk ohälsa hos barn och unga

Revisionen granskade psykisk ohälsa hos barn och unga 2021 (diarienummer REV 2021–00094). Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom granskning av protokoll och åtgärder samt frågor till verksamhet och på dialogmöte.

Revisionen noterar att införandet av åtgärden ”En väg in” har tagit tid att införa. Verksamheten rapporterar att nu när den är införd så ser man goda resultat. Den planerade regiongemensamma utredningsenheten startade inte under 2022 men bemanning påbörjades.

Revisionen noterar dock att det fortsatt redovisas bristande tillgänglighet till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa i behov av barn- och ungdomspsykiatrins specialiserade resurser.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen. Rekommendationen kvarstår.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markerar en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisions sed i kommunal verksamhet. God revisions sed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisions sed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00049

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Sjukhusen i väster

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Däremot bedömer vi att styrelsen inte har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig inom de områden som omfattats av granskningen.

Granskningen visar att det föreligger allvarliga brister avseende styrning och måluppfyllelse för en ekonomi i balans. Vi bedömer vidare att det är en väsentlig avvikelse i resultat ställt mot regionfullmäktiges finansiella mål och styrelsens budget för 2022. Vi bedömer att styrelsen inte har fattat tillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder, varken ställt mot den löpande resultatutvecklingen under verksamhetsåret eller för att möta upp den ekonomiska utmaningen 2023.

Mot bakgrund av de brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en anmärkning.

Vår kritik i form av en *anmärkning* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi – Årets resultat om minus 203,6 miljoner kronor, vilket motsvarar 6,5 procent ställt mot totala intäkter, är en väsentlig avvikelse ställt mot regionfullmäktiges finansiella mål och styrelsens budget för 2022.
- Brister i styrning och intern kontroll gällande ekonomi – Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och en ekonomi i balans och har inte agerat i tid på den negativa ekonomiska utvecklingen.

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för sjukhusen i väster – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00049

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för sjukhusen i väster – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Sjukhusen i väster – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022–00049

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Ulf Aronsson och Frida Karlsson

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte

Kvalitetsgranskare: Maria Gabrielsson Fredrikson

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	8
Styrelsens ansvar	8
Regionens budget	8
Revisionsenhetens granskning	9
Grundläggande granskning.....	11
Granskning av måluppfyllelse.....	12
Granskning av styrning och intern kontroll.....	38
Fördjupad granskning.....	42
Granskning av uppdämt vårdbehov.....	43
Granskning av strategisk kompetensförsörjning	44
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	46
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	48
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	48
Granskning av delårsbokslutet	49
Granskning av årsbokslutet	49
Uppföljning av rekommendationer.....	50
Det kommunala ansvarssystemet.....	51
Revisionen i korthet.....	52
Västra Götalandsregionen i korthet	53

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionsenheten har genomfört under 2022 avseende styrelsen för Sjukhusen i väster.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått, och du hittar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionsenhetens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen för Sjukhusen i väster i all väsentlighet har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

Vår bedömning är att styrelsen för Sjukhusen i väster inte har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig inom de områden som omfattats av granskningen. Grunden för detta redogörs för under avsnittet Ekonomi.

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen för Sjukhusen i väster med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen och den tillträdande styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I Tabell 1–3 nedan framgår de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer som den grundläggande granskningen gett upphov till

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning avseende ekonomi (och verksamhet)	Revisionsenheten rekommenderar den tillträdande styrelsen för Sjukhusen i väster att så snart som möjligt ta initiativ till möte med regionstyrelsens ägarutskott och operativa hälso- och sjukvårdsnämnde i enlighet med arbetsgruppen politisk organisation 2023–2026 förslag i PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen daterad 2023-01-23. Detta utifrån risk att varken klara att leverera uppdrag eller att ha en ekonomi i balans 2023.
Grundläggande granskning avseende ekonomi (och verksamhet)	Revisionsenheten rekommenderar den tillträdande styrelsen att säkerställa att alla eventuella ställningstaganden och beslut från såväl regionstyrelsen/ ägarutskottet, beställare som andra styrels och nämnder, som påverkar Sjukhusen i västers förutsättningar för att uppnå verksamhet- och ekonomi i balans, dokumenteras skriftligt. Detta för att säkerställa en tydlighet i ansvar och förväntningar.

Tabell 2: Sammanställning av rekommendationer som de fördjupade granskningarna gett upphov till

Område	Rekommendation
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att: <ul style="list-style-type: none"> • fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod. • utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi

	<ul style="list-style-type: none"> • säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet • utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus • utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen • säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir. <p>Sjukhusstyrelserna uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.</p>
Granskning av uppdämt vårdbehov	Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.
Strategisk kompetensförsörjning	Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att besluta om kompetensförsörjningsplaner på styrelsenivå.

Tabell 3: Sammanställning av rekommendationer som granskningen av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut gett upphov till

Område	Rekommendation
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner (Deloitte)	<p><i>Bokslutsprocessen</i></p> <p><i>Rekommendation:</i> För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder Om det ej är möjligt att införa en systemspärr rekommenderar Deloitte förvaltningen att implementera en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorders, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest ej sker av samma person.</p>

	<p>Manuella bokföringsordrar</p> <p><i>Rekommendation:</i> Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.</p>
Årsbokslutet	Ingen

Utgångspunkter för granskningen

Revisionsenheten granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt reglementet ska styrelsen för Sjukhusen i väster bedriva vård vid Kungälvssjukhus, Frölunda specialistsjukhus, Angereds närsjukhus och Alingsås lasarett. Inom styrelsens ansvar ligger också Högsbo närsjukhus. Styrelsen ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen.¹

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

¹ § 2 (A-del) Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster, Dnr: RS 2018-03535.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen för Sjukhusen i väster har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen besluta om ytterligare *ett* prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen för Sjukhusen i väster har inte beslutat om något sådant för 2022.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionsenhetens granskning

Granskningen av styrelsen för Sjukhusen i väster genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisions sed i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisions sed i kommunal verksamhet². Granskningen består av följande delar:

² God revisions sed formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionsenheten när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen för Sjukhusen i väster 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Annan relevant lagstiftning för en utförare inom sjukvården

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige samt övriga styrande dokument:

- Budget 2022 för Västra Götalandsregionen (2021-06-07)
- Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster (2021-11-30)
- Policy, Styrning i Västra Götalandsregionen (2019-05-28)
- Västra Götalandsregionens ledningssystem

- Ärendehandbok – Riktlinjer för ärendeberedning i Västra Götalandsregionen (2017-06-26)
- Regionens riktlinjer och instruktion för upprättande av detaljbudget
- Västra Götalandsregionens ekonomihandbok
- Regionens riktlinjer för återrapportering i Plan & Styr
- Riktlinjer för patientsäkerhet
- Patientsäkerhetsplan 2022

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av:

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen³.

Arbetsmetodiken för den grundläggande granskningen av styrelsen för Sjukhusen i väster 2022 har varit följande:

- Granskning av styrelseprotokoll samt protokoll från verksamhetsledning, i vilken bedömning av beslut och underlag till dessa görs löpande under året.
- Löpande möten med förvaltningsledning med fokus på verksamhet, ekonomi, HR-frågor och styrning mot regionfullmäktiges mål och fokusområden – främst utifrån delårsrapporter och årsredovisning.
- Fördjupade granskningsinsatser inom ramen för grundläggande granskning.
- Fördjupade intervjuer inom områden där revisionsenheten vill öka sin förståelse av verksamheten, eller skapa underlag för dialogmöten med revisorskollegiet.
- Revisorskollegiets dialogmöten med styrelsens presidium – för 2002 i maj och oktober – med fokus på styrelsens hantering av identifierade revisionsrisker och eventuella frågor som aktualiserats under året.

³ Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse

Revisionsenheten ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet (måluppfyllelsen) är centralt. Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

Granskning av måluppfyllelse och målstyrning – verksamhet

Styrelsen för Sjukhusen i väster redogör i Årsredovisning 2022 för måluppfyllelse och styrning utifrån regionfullmäktiges mål och fokusområden, främst i avsnitt 2.1 och 3.1. Även i övriga avsnitt redogörs för väsentliga resultat och verksamhetsindikatorer – utveckling av dessa, aktiviteter som genomförts under året etcetera. I årsredovisningen lyfter styrelsen för Sjukhusen i väster bland annat följande:

- *Inledningen av 2022 kom åter att präglas av effekterna av Covid-19, med högt vårdtryck och hög frånvaro. Läget stabiliserades dock efter första kvartalet, men återigen kom en samtidig ökning av Covid-19, RS och säsongsinfluensa i slutet av året, som kom att påfresta verksamheten ytterligare.*
- *Sjukhusen i väster har före, under och efter pandemin uppvisat den bästa tillgängligheten relaterat till vårdgarantin inom somatiska besök och behandlingar, jämfört med övriga sjukhus inom Västra Götalandsregionen.*
- *Planerad utskiftning till Kungälvss sjukhus, med utgångspunkt i regionstyrelsens beslut, är påbörjad. Under projektets gång har viss förskjutning i tid varit nödvändig utifrån initial tidplan, men har skett i dialog i det regionala projektet.*
- *Under året har en plan för ibrukttagande av Högsbo närsjukhus tagit form, och fortsatta regionala diskussioner om driftseconomiska*

konsekvenser har skett. I nuläget ger inte beslutade volymer täckning för investeringens fasta kostnader.

- *Bemanningen i slutenvården vid främst Kungälv's sjukhus och på akutmottagningen vid Kungälv's sjukhus har under året varit utmanande, då det har varit svårt att rekrytera sjuksköterskor. Detta har medfört att beläggningen under våren varit mycket hög.*
- *Antalet nettoårsarbetare uppgår per december 2022 till 2 551, vilket är 93 fler än föregående år. Antalet är också 73 fler än det tak som fastställts för denna tidpunkt. Den riktning som fanns angiven i detaljbudget för 2022, att bli färre, har inte kunnat infrias.*

Styrelsen för Sjukhusen i väster har under 2022 arbetat med sex av regionfullmäktiges prioriterade mål, med tio tillhörande fokusområden. I Tabell 4 nedan sammanfattas måluppfyllelse för tre av målen (*kursiv text* hämtad ur styrelsens årsredovisning). För övriga mål hänvisas till denna årsredovisning.

Tabell 4: Måluppfyllelse, regionfullmäktiges prioriterade mål

Prioriterat mål med underliggande fokusområden	Resultat
<p>Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detaljstyrning av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillitsstyrning. Mer ansvar, makt och befogenheter ska decentraliseras till första linjens chef • Öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problemet med överbeläggningar • Delar av den planerade vården på akutsjukhusen ska flyttas ut till närsjukhus eller andra specialistmottagningar 	<p>Huvudsakliga aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stärka ledarskapet inom Sjukhusen i väster genom (1) utbildningsinsatser för första linjens chefer, (2) vidareutveckla arbetssätt och samarbete med verksamhetsnära stöd. Avslutad</i> • <i>Utöka dialogerna om det viktiga samspillet mellan ledarskap och medarbetarskap i samtliga nivåer inom organisationen. Avslutad</i> • <i>Stärka den nära vården/primärvården genom riktad konsultationsstöd och utbildning inom utvalda diagnostikområden i dialog med primärvården. Avslutad</i> • <i>Optimera bemanningsstruktur avseende slutenvård för optimalt antal disponibla vårdplatser. Pågående</i> • <i>Fortsatt utveckling av mobila team, akutflöden, in- och utskrivningsprocess för att säkerställa kapacitet för patient med slutenvårdsbehov. Pågående</i> • <i>Utforma förvaltningsövergripande strategi och målbild för framtida vårdutbudstruktur, för att nyttja den samlade kapaciteten inom Sjukhusen i väster. Pågående</i> • <i>Genomföra utskiftning från Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Pågående</i>

<p>Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabesök och behandling • Öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn och ungdomar med psykisk ohälsa 	<p><i>Sjukhusen i väster uppfyller inte målen, men redovisar generellt sett den bästa tillgängligheten jämfört med övriga sjukhus inom Västra Götalandsregionen. I den regionala uppföljningen av tillgänglighet lyfts följande avseende Sjukhusen i väster:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var fjärde patient som väntar på en operation och var femte patient som väntar på ett besök har väntat mer än vårdgarantins gräns.</i> • <i>Vid utgången av 2022 är den ackumulerade regionala avvikelsen fortsatt negativ för produktionen inom egen regi och skickandet av remisser till extern regi för förstabesök. För operation avviker endast produktionen negativt för egen regi, skickandet av remisser till extern regi når årets mål.</i> • <i>Avvikelsen för operationerna beror främst på bemanningsproblem inom slutenvården och operation.</i> <p><i>Väntande första besök</i> – Måluppfyllelsen är 81 procent, vilket är i samma nivå som motsvarande period 2021.</p> <p><i>Väntande operation</i> – Måluppfyllelsen är 76 procent, vilket är något bättre än motsvarande period 2021.</p> <p><i>Väntande första besök BUP</i> – Måluppfyllelsen är 88 procent, vilket är högre än motsvarande period 2021.</p> <p><i>Väntande utredning BUP</i> – Väntetiderna för utredning är fortsatt långa och måluppfyllelsen är 19 procent, vilket är något högre än motsvarande period 2021.</p> <p><i>Väntande behandling BUP</i> – Väntetiderna är fortsatt långa och måluppfyllelsen är på 10 procent, vilket är lägre än motsvarande period 2021.</p> <p><i>Huvudsakliga aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Utforma planeringsprinciper för ökad nyttjandegrad och flexibilitet av lokaler. Pågående</i> • <i>Utveckla rapporteringen av produktionsdata till stöd för verksamheternas arbete med produktionsplanering/ styrning och förbättring. Pågående</i> • <i>Utveckla och kvalitetssäkra arbetet i SVF-förlopp. Pågående</i> • <i>Planering och genomförande av Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri. Avslutad</i>
---	--

<p>Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Låta lönesättningen präglas av större flexibilitet, där hänsyn tas till marknads-situationen och kompetens-behov samtidigt som budget ska hållas • Ett stärkt chefskap och implementering av tillitsstyrning • Klara behovet av utbildnings-platser i organisationen 	<p>Huvudsakliga aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prioritering i löneöversyn vid god prestation som leder mot uppsatta mål (individuella, verksamhetsmässiga och förvaltningsövergripande). Pågående</i> • <i>Inleda ett långsiktigt arbete för</i> <i>(1) gemensamma lönekriterier inom Sjukhusen i väster och som</i> <i>(2) vidareutvecklas till tydliga lönekriterier för varje profession. Pågående</i> • <i>Utveckla tillitsbaserat ledarskap och medarbetarskap med utgångspunkt i en gemensam beskrivning av tillit. Pausad</i> • <i>Skapa förutsättningar som möjliggör det utökade utbildningsuppdraget. Pågående</i>
---	--

Iakttagelser

Revisionsenhetens grundläggande granskning av målstyrningen bekräftar i allt väsentligt den bild av måluppfyllelse som redovisas av styrelsen enligt ovan och i övrigt i årsredovisningen.

Enligt reglementet ingår det i styrelsens uppgifter att bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt samt utveckla och följa upp verksamheten enligt regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens anvisningar.⁴ Årets granskning visar att samtliga relevanta fullmäktigemål hanterats i Sjukhusen i västers budget. Av Västra Götalandsregionens anvisning⁵ framgår bland annat att samtliga nämnder och styrelser övergripande ska beskriva hur de kommer att arbeta med valda prioriterade mål och fokusområden, samt vilket resultat aktiviteterna förväntas leda till. Revisionsenhetens granskning visar att styrelsen för Sjukhusen i väster i detaljbudgeten för 2022 angett vilka prioriterade mål och fokusområden man avsåg att arbeta med och vilka aktiviteter som planerades för att genomföra uppdraget. Däremot beskrevs inte tydligt vilket resultat aktiviteterna förväntades leda till.

I revisionsenhetens granskning 2021 rekommenderades styrelsen för Sjukhusen i väster att tidigt under 2022 definiera konkreta och mätbara mål för samtliga aktiviteter i styrelsens budget för 2022 som är direkt kopplade till mål i regionfullmäktiges budget. Dessa mål skulle tydligt kunna ställas mot regionfullmäktiges målsättningar för bedömning av måluppfyllelse 2022.

⁴ § 1 (A-del) Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster, Dnr: RS 2018-03535.

⁵ Rubrikstruktur och anvisning för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2022.

Årets granskning visar att styrelsen under 2022 har utvecklat kopplingen mellan mål, aktiviteter och indikatorer utifrån revisionsenhetens rekommendation. Både vid revisorskollegiets dialogmöten med styrelsen för Sjukhusen i väster och revisionsenhetens löpande avstämningar med ekonomichef, framgår att förvaltningen på uppdrag av styrelsen arbetat med att utveckla indikatorer och målvärden. Förvaltningen har brutit ner prioriterade mål och fokusområden i en verksamhetsplan för 2022. Av planen framgår indikatorer och målvärden kopplat till sex av tio fokusområden (se Tabell 4 ovan). I de fall målvärden inte formulerats, uppges det bero på att basvärde/mätvärde ska definieras under 2022.

Revisionsenheten noterar även att ytterligare steg tagits för att tydligare definiera konkreta och mätbara mål i samband med detaljbudget 2023. Där framgår aktiviteter som ska bidra till respektive prioriterat mål och till respektive fokusområde. I bilagd verksamhetsplan har dessa även kopplats till indikatorer och målvärden.

Granskningen visar att styrelsen för Sjukhusen i väster följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret, genom månadsrapporter vid varje styrelsemöte, delårsrapporter samt årsredovisning. Av styrelseprotokoll framgår att styrelsen vid samtliga tillfällen godkänt uppföljningarna och att inga särskilda uppdrag/åtgärder beslutats med anledning av informationen.

Revisionsenheten konstaterar att delårsrapporter och årsredovisning i huvudsak följer den rubrikstruktur och de anvisningar som finns inom Västra Götalandsregionen. Revisionsenheten noterar dock att det i delårsrapport per augusti saknas bedömning av måluppfyllelsen för prioriterade mål samt prognos för helåret, vilket ska framgå enligt Västra Götalandsregionens anvisningar.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för Sjukhusen i västers målstyrning i allt väsentligt varit ändamålsenlig 2022 och att en god grund lagts för målstyrningen 2023 i budget och verksamhetsplan för 2023.

Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har styrt, följt upp och redovisat måluppfyllelsen ställt mot budget för 2022, och att redovisningen i allt väsentligt uppfyller regionens riktlinjer. Revisionsenheten har dock noterat att styrelsen i delårsrapport per augusti inte lämnat någon prognos för helåret, vilket bör framgå. Vi har uppmärksammat förvaltningen på detta och kommer att bevaka att detta omhändertas under 2023.

Revisionsenheten bedömer vidare att styrelsen för Sjukhusen i väster har vidtagit åtgärder för att stärka målstyrningen utifrån den rekommendation avseende målstyrningen som lämnades föregående år (se det avslutande avsnittet i rapporten – Uppföljning av rekommendationer).

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning. Utgångspunkten för årets granskning har bland annat varit om styrelsen

- systematiskt och regelbundet följt upp och analyserat till exempel produktivitet, prestationer, patientsäkerhet, arbetsmiljö etcetera
- fattat tillräckliga och ändamålsenliga beslut om åtgärder för att korrigera eventuella avvikelser i verksamheternas resultat i relation till exempelvis verksamhetsplan och budget, överenskommelser eller andra uppdrag
- medverkat i de regiongemensamma initiativ som varit aktuella under året på ett ändamålsenligt sätt
- vid behov uppmärksammat regionfullmäktige/regionstyrelsen/Koncernkontoret på brister i uppfyllelse av uppdrag.

Nedan redogörs översiktligt för följande fördjupade granskningsinsatser inom ramen för den grundläggande granskningen under 2022:

- Det lokala FVM-projektet
- Tillräcklig transparens och proaktivitet i ägardialog
- Styrning och uppföljning av fokusområden identifierade i Patientsäkerhetsberättelse
- Utskiftningen från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus
- Effektiva förberedelser av Högsbo närsjukhus
- Arbetsmiljö
- Kompetensförsörjning

Det lokala FVM-projektet

Iakttagelser

Revisionsenhetens iakttagelser baseras på dokumentgranskning samt intervjuer med lokal projektledare och styrgruppsrepresentant. Enheten har haft full tillgång till all dokumentation på den lokala projektplatsen för projektet.

Från den 1 november 2022 gäller en delvis förändrad regional styrning och ledning av hälso- och sjukvårdens digitalisering i Västra Götalandsregionen, som även berör det regionala programmet FVM, Framtidens vårdinformationsmiljö. Syftet är att renodla arbetet med Millennium och öka linjeansvaret för arbetet med förändrande (ofta digitala) arbetssätt, regional standardisering och gemensamma processer. FVM delas nu upp i:

- Program Millennium som kommer att fokusera på design och införande av nytt journalsystem.

- Hälso- och sjukvårdens digitalisering, som omfattar digitalisering i ett bredare perspektiv och som har en tydlig koppling till linjeorganisationen i Västra Götalandsregionen.

Bedömning

Den översiktliga granskningen visar att den lokala organisationen fortsatt förefaller vara relevant, och rimligt bemannad och anpassad till det aktuella regionala uppdraget. Projektstyrningen förefaller vara ändamålsenlig. Sjukhusen i väster medverkar på ett konstruktivt sätt i det regionala programmet och lyfter väsentliga frågor på ett tillfredsställande sätt. Se även kommentarer avseende Högsbo närsjukhus nedan.

Revisionsenheten bedömer att Sjukhusen i västers styrelse och förvaltningsledning i allt väsentligt styrt och följt upp det lokala FVM-projektet på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt.

Tillräcklig transparens och proaktivitet i ägardialog

Detta område har täckts in genom protokollgranskning samt som agendapunkt på samtliga avstämningsmöten med verksamhetsledning och vid revisorskollegiets dialogmöten med presidiet för Sjukhusen i västers styrelse.

Iakttagelser

Under 2022 har styrelsen för Sjukhusen i väster genomfört fem presidieöverläggningar med ägarutskottet:

- 3 mars – fokus på genomförandeplan för detaljbudget 2022
- 2 juni – fokus på produktion, ekonomi och vårdplatser
- 25 augusti – fokus Högsbo närsjukhus
- 28 september – fokus; Produktion - nuläge och prognos, vad görs för att klara planerat produktionsåtagande? Ekonomi – nuläge och prognos, vad görs för att klara beslutad budget? Vårdplatser – Nuläge och prognos, vad görs för att nå önskat läge för antal disponibla vårdplatser?
- 2 december – Sjukhusen i väster redovisar svar på frågeställningar angående produktion, ekonomi och vårdplatser

Av anteckningar från dessa överläggningar framgår inte vilken dialog som förts och vilka eventuella slutsatser som dragits avseende exempelvis styrelsens ekonomiska förutsättningar. I de presentationer Sjukhusen i väster tagit fram som underlag inför överläggningarna framgår genomgående aktuella prognoser och de utmaningar styrelsen stått inför.

Vid revisorskollegiets dialogmöte med presidiet den 19 oktober 2022 framförde ordförande i styrelsen för Sjukhusen i väster att presidiet haft särskilda uppföljningsmöten med ägaren avseende ekonomi och verksamhet i balans. I dialogen med ägaren har presidiet informerat om Sjukhusen i västers utmaningar samt att styrelsen står fast vid den planerade åtgärdsplanen. Presidiet har även förklarat att det tar tid att få fart i

planerade åtgärder samt att kortsiktiga och snabba åtgärder riskerar att påverka verksamheten och tilliten negativt. Ordförande informerade vid mötet att styrelsen för Sjukhusen i väster inte fått någon uppmaning från ägaren att vidta ytterligare åtgärder.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för Sjukhusen i väster på ett konsekvent och transparent sätt gett relevant information till regionstyrelsen och dess ägarutskott avseende resultat och förutsättningar för såväl verksamhet som ekonomi. I avsaknad av tydlig dokumentation från genomförda möten kan vi dock inte bedöma transparensen i själva kommunikationen mellan regionstyrelsen/ägarutskottet och styrelsen för Sjukhusen i väster. Se även bedömning under ekonomiavsnittet och den rekommendation som denna bedömning ger upphov till.

Styrning och uppföljning av fokusområden identifierade i Patientsäkerhetsberättelse 2021

Revisionsenhetens iakttagelser baseras på dokumentgranskning samt intervjuer med chefsläkare och chefsjuksköterska. Särskilt fokus har getts till förvaltningens arbete med

- trycksår
- patientsäkerhetsombud
- handläggningstider för händelseanalyser.

Iakttagelser

I Patientsäkerhetsberättelse 2022 redogörs för Sjukhusen i västers arbete inom området samt måluppfyllelse. Årets grundläggande granskning av målstyrningen bekräftar i allt väsentligt den bild av måluppfyllelse som redovisas av styrelsen enligt ovan och i övrigt i årsredovisningen.

Följande tre huvudfokusområden formulerades inför 2022:

1. Trycksår

- Alla vårdenheter ska dokumentera i Melior inom 24 timmar om trycksår uppkommit efter inskrivning (Ja/Nej), liksom uppkomst av trycksår tidigast 8 timmar innan utskrivning (Ja/Nej).
- Alla enheter ska följa resultat på andel mätbara vårdtillfällen och andel trycksår under vårdtid, och analysera det i månadsrapporten.
- Påbörja en pilottest med mätvärdesappen för enklare mätningar utifrån de regiongemensamma indikatorerna.

2. Patientsäkerhetsombud

- Införande av patientsäkerhetsombud på alla avdelningar och mottagningar inom Sjukhusen i väster.

3. Handläggningstider för händelseanalyser

- Målvärde att alla internutredningar/händelseanalyser i samband med allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska vara utredda inom tre månader.

I patientsäkerhetsrapporten konstateras att huvudfokusområde 2 – att tillsätta patientsäkerhetsombud på alla mottagningar och avdelningar – har uppnåtts. För huvudfokusområde 1 och 3 har målvärden inte uppnåtts, varför dessa områden kommer att fortsätta under 2023. Den totala utredningstiden har dock minskat från knappt 10 månader till 6 månader.

Utöver Västra Götalandsregionens patientsäkerhetsplan 2023 har Sjukhusen i väster satt upp fyra huvudfokusområden för 2023:

- Alla vårdavdelningar ska öka och följa resultat på andel mätbara vårdtillfällen och andel trycksår under vårdtid, samt analysera det i månadsrapporten.
- Utredningstid för händelseanalys ska under 2023 uppnå Inspektionen för vård och omsorgs målvärde på maximalt tre månader.
- Vårdrelaterade infektioner – VRI, fortsatt arbete via STRAMA-ansvariga (Samverkan mot antibiotikaresistens) för att minska andelen vårdrelaterade infektioner.
- Alla vårdavdelningar ska öka andelen riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring samt följa resultat och analysera det i månadsrapporten.

Bedömning

Revisionsenhetens granskning av Patientsäkerhetsberättelse 2022 visar att styrelsen för Sjukhusen i väster i allt väsentligt hanterat riktlinjer för patientsäkerhet på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt – såväl i omfattning som i styrning och uppföljning. Det kan dock konstateras att styrelsen endast har uppfyllt ett av tre huvudfokusmål.

Utskiftningen från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus

Iakttagelser

Under våren 2021 fattade regionstyrelsen ett beslut som innebar att viss vård som då omhändertogs på Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle utskiftas till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus. Detta för att nyttja genomförda lokalinvesteringar och nya vårdavdelningar. Utskiftningen innebar i korthet:

- omstyrning av akut flöde, såväl för ambulans som för självgående patienter, vilket förväntades motsvara cirka 10 000 besök på akutmottagning
- 3 600 remisser och nybesök per år, vilket totalt bedömdes motsvara cirka 20 000 besök per år
- cirka 900 elektiva och akuta operationer
- vårdplatsbehov motsvarande cirka 56 vårdplatser.

Detta motsvarade ett ökat uppdrag om cirka 240 miljoner kronor utifrån beräkningsunderlag från Koncernkontoret, och en potentiell effektivisering för Sjukhusen i västers del om cirka 90 miljoner kronor. Detta var inkluderat i Sjukhusen i västers åtgärds paket för 2022, se ekonomiavsnittet.

Utskiftningen skulle enligt regionstyrelsens beslut i april 2021 genomföras i tre steg; se Tabell 5 nedan:

Tabell 5: Genomförandeplan, utskiftning från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus

Steg i genomförandeplanen	Status vid slutet av 2022
<p>Steg 1</p> <p>Styra om 50 procent av ambulanstransporterna från Norra Hisingen och Angered till Kungälv's sjukhus, vilket motsvarar totalt cirka 1 700 patienter som inkommer med ambulans på ett år. Enligt ursprunglig plan skulle detta vara fullt genomfört vid slutet av 2021.</p>	<p>Målsättning att steget ska vara fullt genomfört i slutet av 2023. För det gående flödet till akuten ses en successiv ökning redan idag.</p>
<p>Steg 2</p> <p>Styra om 50 procent av remissflödena från vårdcentraler på Norra Hisingen och i Angered. Detta motsvarar 3 600 förstabesök samt tillhörande behandlingar och efterföljande besök. Antagandet är en fördelning om 30 procent kirurgi, 30 procent ortopedi och 40 procent medicin. Enligt ursprunglig plan skulle detta vara fullt genomfört senast i slutet av juni 2022.</p>	<p>Vid slutet av 2022 ligger nivån på cirka 850 remisser på årsbasis. Kompletterande beslut förväntas innebära att ytterligare fyra vårdcentraler inkluderas under 2023, vilket ska möjliggöra de målsatta volymerna.</p>
<p>Steg 3</p> <p>Informationskampanj riktad till allmänheten i Angered och Norra Hisingen som ska ge ytterligare cirka 7 000 besök på akutmottagningen. Detta kommer att kräva anpassningar i lokalerna för att kunna ge ett bra omhändertagande till patienterna samt en bra arbetsmiljö för medarbetarna.</p>	
<p>Öppnande av vårdplatser</p> <p>Utökning av antalet vårdplatser planeras att ske successivt från den 1 september 2021 med målsättning att två vårdavdelningar ska vara i drift vid utgången av 2022.</p> <p>Medicinavdelning med 28 vårdplatser – 14 stycken i april och 14 stycken i september</p> <p>Geriatriskavdelning med 28 vårdplatser – 28 vårdplatser i november 2022</p>	<p>Medicinavdelningen öppnar upp 7 vårdplatser i oktober och ytterligare 7 stycken i december 2022. Resterande vårdplatser beräknas öppnas i januari 2023.</p> <p>Geriatriskavdelningen beräknas öppnas upp under 2023 enligt följande; 14 vårdplatser i februari,</p>

	7 vårdplatser i maj och de resterande 7 vårdplatser i oktober 2023.
--	---

Sjukhusen i väster lyfter en rad orsaker till förseningarna i projektet, av vilka de största är en nödvändig ombyggnad av ambulansintag (se regionstyrelsens beslut nedan), en överskattning av patientflöden från vårdcentraler samt utmaningar för Kungälvssjukhus avseende kompetensförsörjning och förmåga att öppna nya vårdplatser.

Uppkomna förseningar har inneburit att det inte uppstått någon effektivisering i enlighet med plan och åtgärdsplan för 2022, de 90 miljoner kronor enligt ovan. För 2023 bedöms potentialen för effektivisering uppgå till 40 miljoner kronor, se nedan under ekonomiavsnittet.

Utskiftningen ska genomföras i enlighet med regionstyrelsens beslut den 20 april 2021. I detta beslut framgick följande avseende fördelning av ansvar:

- Regionstyrelsen uppmanade **styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset** respektive **Sjukhusen i väster** samt **Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd** att genomföra förslagen enligt tjänsteutlåtande daterat 2021-03-19 och justera beställningar så att akut och planerad vård motsvarande två slutenvårdsavdelningar samt tillhörande operationer och besök flyttas från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster.
- Regionstyrelsen uppmanade **Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd** att göra en översyn av beställning av ambulansverksamhet i enlighet med tjänsteutlåtande daterat 2021-03-19.
- **Regiondirektören** gavs i uppdrag att etablera ett övergripande projekt som stöd till utförare och beställare under genomförandefasen.
- **Regiondirektören** gavs i uppdrag att säkerställa att omdirigering av ambulanser sker i enlighet med förslag i tjänsteutlåtande daterat 2021-03-19.
- I det fall omhändertagandet av det utökade uppdraget, enligt tjänsteutlåtande daterat 2021-03-19, inte var möjligt att genomföra utan anpassning av lokaler eller inköp av utrustning på Kungälvssjukhus uppdrog regionstyrelsen åt **styrelsen för Sjukhusen i väster** att påbörja förstudier för dessa investeringar för fortsatt beredning i enlighet med beslutad investeringsriktlinje. **Fastighetsnämnden** skulle skyndsamt och med prioritet stödja Sjukhusen i väster i arbetet med att utreda lämpliga lösningar.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen för Sjukhusen i väster medverkat i utskiftningen av vård från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster på ett i allt väsentligt tillfredsställande och ändamålsenligt sätt. Styrelsen för Sjukhusen i väster förefaller ha hållit sig tillräckligt informerad. Uppkomna förseningars påverkan på ekonomin kommenteras nedan under ekonomiavsnittet, och utgör en väsentlig del av bedömning avseende ekonomi samt avgivna rekommendationer.

Effektiva förberedelser av Högsbo närsjukhus

Revisionsenhetens iakttagelser baseras på dokumentgranskning, avstämningsmöten med ekonomichef, intervju med lokal projektledare samt revisorskollegiets dialogmöten med presidiet för styrelsen för Sjukhusen i väster.

Etableringen av Högsbo närsjukhus följer regionfullmäktiges beslut den 14 april 2015. Enligt reglementet ingår det i styrelsens uppgifter att bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt samt utveckla och följa upp verksamheten enligt regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens anvisningar.⁶ Syftet med granskningsinsatsen är att säkerställa att styrelsen vidtar tillräckliga åtgärder för att säkra ibruktagandet av Högsbo närsjukhus enligt plan.

Iakttagelser

Av projektets styrdokument framgår att det finns en organisation upprättad för att genomföra beslutet; en projektledning samt styrgrupp som leds av sjukhusdirektören. Sedan 2016 ingår Sahlgrenska Universitetssjukhuset i styrgruppen och representeras av biträdande sjukhusdirektör. Det finns också konkretiserade planer som styr ibruktagandet.

Revisionsenhetens granskning av protokoll visar att styrelsen för Sjukhusen i väster behandlat Högsbo närsjukhus som ett stående beslutsärende vid styrelsemötena under året. Osäkerhet har rapporterats – dels kopplat till risk för försenad tidplan på grund av försening av Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, dels avsaknad av detaljering av verksamhetsuppdraget.

Avsaknaden av verksamhetsuppdragets detaljering har i återrapporteringen bedömts komplicera framdrift inom ett flertal områden, bland annat verksamhetsutveckling, kompetensförsörjning, utrustningsanskaffning och instrument. Mot bakgrund av detta beslutade styrelsen vid sammanträdet den 31 mars 2022, att ge presidiet i uppdrag att lyfta det så kallade Högsboprojektet vidare till ägarutskottet för klargörande.

Den 25 augusti kallade ägarutskottet till presidiedialog med styrelsen för Sjukhusen i väster, för att diskutera driftskonsekvenser avseende Högsbo närsjukhus. Av protokoll framgår att styrelsen gav en lägesrapport kring ekonomiska förutsättningar efter inkörningsperiod för Högsbo närsjukhus. En preliminär kalkyl för ordinarie drift av sjukhuset efter uppstart och inkörningsfas diskuterades, liksom hur kalkylen kan påverkas.

En alternativ plan har tagits fram kring sjukhusets ibruktagande, som konsekvens av en förmodad försening av FVM. Av styrelseprotokoll framgår även att det funnits en etablerad samordningsgrupp med uppdrag att säkra och samordna drift av driftskritisk IT-funktion. Vid revisorskollegiets dialogmöte med presidiet för styrelsen för Sjukhusen i väster den 19 oktober 2022, rapporterades att projektet följde huvudtidplanen och även inom ekonomiska ramar och prognos. Däremot

⁶ § 1 (A-del) Reglemente för styrelsen för sjukhusen i väster, Dnr: RS 2018-03535.

har den senaste förseningen av FVM inneburit att man inte kommer kunna uppfylla samtliga mål som kravställts på Högsbo närsjukhus enligt tidplan. I stället kommer målen uppfyllas i etapper, och full realisering förväntas först kring 2026.

I årets granskning noterar revisionsenheten att det finns områden som är viktiga att säkerställa framöver. Det handlar dels om kompetensförsörjningen av Högsbo närsjukhus, dels att få genomförandekraft i beslutade volymer när sjukhuset är i bruk. Vid revisorskollegiets dialogmöte med presidiet för styrelsen för Sjukhusen i väster och vid kompletterande intervjuer framgår att det pågår diskussioner för att hantera båda dessa områden. Av styrelseprotokoll framgår att detaljering och förankring av plan för kompetensförsörjning pågår, samt att det sker concern-övergripande samordning kring vårdutbud, remisshantering samt kompetensförsörjning och bemanningsplanering.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att Sjukhusen i västers styrelse och förvaltningsledning under 2022 i allt väsentligt styrt, följt upp och vidtagit nödvändiga åtgärder för att säkra ibruktageandet av Högsbo närsjukhus enligt plan. Förseningen i införandet av FVM har påverkat tidplanen för att uppnå de beslutade målen, vilket hanterats genom att en alternativ tidplan tagits fram. Revisionsenheten konstaterar att det finns två områden som är väsentliga för att realisera Högsbo närsjukhus som tänkt – dels hur styrelsen och förvaltningsledningen styr och följer upp kompetensförsörjningen, dels vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa genomförandekraft i beslutade volymer. Dessa områden bedöms särskilt väsentliga att bevaka under 2023.

Arbetsmiljö

I granskningen har vi skriftligt ställt övergripande frågor avseende systematisk arbetsmiljö, vilka har följts upp vid möten med förvaltningens HR-chef och HR-strateger.

Iakttagelser

Det finns styrdokument och årshjul för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Beslut har fattats om att använda en systematisk miljömodul i Plan & Styr, och implementering planeras efter årsskiftet. Anledningen uppges vara att få bättre kontroll och kunna göra uppföljningar på alla nivåer. Det ska ge en bättre överblick och samla hela det systematiska arbetsmiljöarbetet på ett ställe.

Det finns även rutiner för riskhantering och skyddsronder. Att alla arbetstagare känner till att och hur tillbud i verksamheten ska rapporteras, säkerställs genom en punkt på introduktion av nya medarbetare, vid arbetsplatsträffar och i samtal med chefer. Förvaltningen har inget samverkansavtal, vilket innebär att förhandling och information sker enligt Lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet, MBL. Däremot sker regelbundet och vid behov samverkan utifrån Arbetsmiljölagen (1977:1160), AML. Vidare finns obligatorisk utbildning inom arbetsmiljö för chef och skyddsombud. Sjukhusen i väster har även en intern arbetsmiljöutbildning samt en utbildning i rehabilitering.

Uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet sker i slutet av året, och resultatet omhändertas via handlingsplaner och återrapporteras i samband med årsredovisningen. Uppföljning sker också i ledningsgrupp och skyddskommitté samt vid arbetsplats-träffar. Styrelsen inkommer med frågor och önskad dialog. Den årliga uppföljningen uppges vara ett utvecklingsområde, och ses över med hjälp av en regional arbetsgrupp. Implementering av en systematisk miljömodul i Plan & Styr efter årsskiftet är tänkt att bidra till bättre kontroll och att möjliggöra uppföljningar på alla nivåer.

Bedömning

I revisionsenhetens granskning framkommer inga indikationer på väsentliga brister i styrningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Bedömningen är att styrelsen i allt väsentligt säkerställer att lagens krav på god arbetsmiljö uppfylls genom styrning och uppföljning. Vi kan konstatera att det pågår arbete för att utveckla uppföljning och dokumentation av det arbete som görs, vilket vi bedömer som positivt.

Kompetensförsörjning

I kompetensförsörjningsplan för såväl 2022 som 2023 identifieras särskilda utmaningar kopplat till Högsbo närsjukhus samt utskiftningen från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus. I granskningen har vi fokuserat på det arbete som gjorts med anledning av dessa två utpekade områden. Granskningen baseras på dokumentanalys samt intervjuer med HR-chef och HR-strateger.

Iakttagelser

Högsbo närsjukhus

Av kompetensförsörjningsplanen för såväl 2022 som 2023 framgår bland annat att Sjukhusen i västers största utmaning är öppnandet av Högsbo närsjukhus. Både vid revisorskollegiets dialogmöte med presidiet för styrelsen för Sjukhusen i väster och i kompletterande intervju med HR-företrädare framgår att det finns utmaningar med att säkra kompetensförsörjningen. Det handlar dels om att det inte finns tillräcklig kompetens att tillgå utifrån de behov som finns, dels att få till stånd förändrade arbetssätt så att befintlig personal kan användas på rätt sätt.

För Högsbo närsjukhus finns en projektorganisation som leds av sjukhusdirektören. Styrelsen får löpande information om bland annat bemanningsläget genom stående agendapunkt vid styrelsens möten. Av styrelseprotokoll framgår att detaljering och förankring av plan för kompetensförsörjning av Högsbo närsjukhus pågår.

I granskningen framkommer att det pågår en koncernövergripande samordning kring bland annat kompetensförsörjning och bemanningsplanering för Högsbo närsjukhus, där även Sahlgrenska Universitetssjukhuset medverkar. Möjligheten att erbjuda kombinationstjänster mellan förvaltningar uppges i intervju med HR-företrädare vara en lösning för att säkra kompetensförsörjningen, utan att det sker på bekostnad av någon annan förvaltning.

Kungälvvs sjukhus

I kompetensförsörjningsplanen för 2023 framgår att utskiftningen från Sahlgrenska Universitetssjukhuset, med ett ökat patientantal på akuten samt nya vårdavdelningar på Kungälvvs sjukhus, kommer ställa krav på alla yrkeskategorier. Utskiftningen av patientvolymerna från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster/Kungälvvs sjukhus ger sjukhuset ett större uppdrag. Den vård som ska tas över från Sahlgrenska Universitetssjukhuset är både akut och planerad länssjukvård inom de områden som i dag finns på Sjukhusen i väster/Kungälvvs sjukhus. Två vårdavdelningar kommer att vara i bruk 2023. För att bemanna dessa och akuten krävs rekrytering samt kompetensutveckling kopplat till vård vid intermediärvårdsavdelning, IMA.

Bedömning

Revisionsenheten bedömer att styrelsen har en i allt väsentligt ändamålsenlig styrning och uppföljning av både Högsbo närsjukhus och Kungälvvs sjukhus, när det gäller kompetensförsörjning. Vi konstaterar att det finns utmaningar med att säkra kompetensförsörjningen och att arbete pågår för att möta dessa. Utmaningen är dock inte unik för Sjukhusen i väster, utan åtgärder kommer att krävas på såväl förvaltnings- som koncernnivå.

Revisionsenheten bedömer att Sjukhusen i västers styrelse och förvaltningsledning hanterar kompetensförsörjningsfrågorna avseende Kungälvvs sjukhus och Högsbo närsjukhus på ett i allt väsentligt tillfredsställande och ändamålsenligt sätt.

Sammanfattande bedömning av verksamhetsstyrningen 2022

Utifrån iakttagelserna ovan kring styrelsen för Sjukhusen i västers måluppfyllelse avseende verksamhet och verksamhetsstyrning, har revisionsenheten att bedöma och ta ställning till två av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionssed.

I Tabell 6 respektive 7 nedan redogör revisionsenheten för sina bedömningar gentemot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

Tabell 6: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – verksamhet)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
<p>Styrelsen har inte uppnått fullmäktiges verksamhetsmål, uppdrag eller föreskrifter för verksamheten. Det handlar om väsentliga brister eller avvikelser.</p>	<p>Styrelsen uppnår inte samtliga regionfullmäktiges mål. Revisionsenheten bedömer dock att avvikelser – utifrån de omständigheter som rått under 2022, vilka kortfattat redogörs för ovan och utförligare i SV årsredovisning för 2022 – inte kan betraktas som väsentliga ur ett ansvarsprövningsperspektiv.</p> <p>Revisionsenheten tar även hänsyn till följande i denna bedömning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att SV i jämförelse med övriga sjukhusstyrelser inom VGR uppvisar bättre resultat avseende bland annat beläggning och tillgänglighet • Lyckats att öka antalet fastställda och disponibla vårdplatser • Ett antal positiva resultat och händelser kopplat till kvalitetsområdet som redogörs för i ÅR och som också redovisats för vid dialogmöte med revisorerna i oktober.
<p>Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel uppnå fastställda verksamhetsmål eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning. De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.</p>	<p>Revisionsenheten bedömer att styrelsen har hållit sig tillräckligt informerad och i allt väsentligt styrt utifrån fastställd budget för 2022.</p> <p>Revisionsenheten konstaterar att styrelsen hållit fast vid sin ståndpunkt sedan tidigare år, att beslutade åtgärder måste få tid att leverera önskade effekter innan beslut tas avseende eventuella nya åtgärder. Detta har lett till bristande ekonomisk hushållning, vilket kommenteras och bedöms under ekonomiavsnittet nedan.</p>

Tabell 7: Grund för ansvarsprövning (Bristar i styrning av verksamhet)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
<p>Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån beslut, riktlinjer, rutiner med mera.</p>	<p>Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på.</p>

De efterfrågar inte resultat och analys.		
Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till fullmäktige till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.		<p>Ur ett verksamhetsperspektiv har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på, annat än att det finns en uppenbar koppling mellan verksamhetsmässiga och ekonomiska åtgärder.</p> <p>Bedömning avseende ekonomi – se nedan – avseende efterfrågan av riktlinjer och passivitet har relevans även för verksamhetsstyrningen, men bedöms i ekonomiavsnittet.</p>

Revisionsenheten bedömer därmed att styrelsen för Sjukhusen i väster i allt väsentligt skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. De brister i ekonomistyrningen som vi lyfter i ekonomiavsnittet nedan har dock sannolikt en koppling till måluppfyllelse i verksamheten, men revisionsenheten kan inte bedöma graden av eventuell påverkan på vare sig måluppfyllelse eller verksamhetsstyrning. Revisionsenheten lämnar ingen rekommendation avseende verksamhetsstyrning med anledning av granskningen, utan hänvisar till de som avges i ekonomiavsnittet nedan.

Ekonomi

Revisionsenhetens granskning av måluppfyllelse avseende ekonomi och ekonomistyrning utgår från styrelsen för Sjukhusen i västers verksamhetsplan och budget för 2022, och att dessa

- är upprättade i enlighet med riktlinjer från regionstyrelsen och Koncernkontoret
- har brutits ner till lägsta relevanta verksamhetsnivå
- hanterar relevanta risker som identifierats av styrelsen
- är i balans och hanterar identifierade utmaningar för att uppnå en sådan
- är kommunicerade med och accepterade av medarbetare och chefer i organisationen.

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

Iakttagelser

Sjukhusen i väster har ett resultat om -203,6 miljoner kronor för 2022, vilket motsvarar 6,5 procent av styrelsens intäkter. Styrelsen har inte en budget i balans, och fattade inför 2022 beslut om en åtgärdsplan motsvarande 175,8 miljoner kronor. Redan vid årets början informerades styrelsen att åtgärdsplanen inte föll ut enligt plan. Bruttokostnadsutvecklingen låg vid starten av året på +7,5 procent och vid

slutet av året på +5,7 procent, att jämföra med målvärdet om +1,5 procent som var en förutsättning för att nå åtgärdsplanens ekonomiska intentioner. Av beslutad åtgärdsplan för 2022 har 47,2 miljoner kronor realiserats, vilket innebär en avvikelse mot planen om -128,6 miljoner kronor.

Resultatet för 2021 var även det negativt och uppgick till -138 miljoner kronor, men där hade styrelsen tillåtelse från regionfullmäktige att ha ett negativt resultat motsvarande -118 miljoner kronor. Det innebar ett underskott för 2021 motsvarande -20 miljoner kronor.

Styrelsen har under 2022 i månads- och delårsrapporter samt vid möten med ägarutskottet redogjort för aktuellt resultat, aktuell prognos och de verksamhetsmässiga och ekonomiska utmaningar som Sjukhusen i väster stått inför under året.

Styrelsen för Sjukhusen i väster har under 2022 inte fattat några kompletterande beslut om initiativ eller åtgärder, för att på egen hand möta den negativa kostnadsutvecklingen eller den bristande måluppfyllelsen i beslutad åtgärdsplan.

I årsredovisning för 2022 redogör Sjukhusen i väster för orsakerna till det ekonomiska underskottet med följande sammanfattning;

Det ekonomiska resultatet för 2022 uppgår till -203,6 miljoner kronor. Förvaltningens arbete med att vidta planerade åtgärder har inte gett önskvärd effekt. För 2022 uppgick åtgärdsplanen till 175 miljoner kronor, men endast 47,2 miljoner kronor har genomförts. Därutöver har utebliven produktion motsvarat 63 miljoner kronor i minskade intäkter jämfört med budget. Under 2022 har också kostnader för övertid och bemanningsföretag ökat kraftigt, vilket påverkat negativt.

Granskning av ekonomistyrning

lakttagelser

Detaljbudget och åtgärdsplan

Den åtgärdsplan som fastställdes av styrelsen för Sjukhusen i väster för 2021 uppgick till 169,5 miljoner kronor, med sikte på månatlig balans i december 2022. Den omfattade i princip samma åtgärder som åtgärdsplanen för 2022 som summerar till 175 miljoner kronor.

I beslutet om detaljbudget 2022 beskrev styrelsen för Sjukhusen i väster fortsatta ekonomiska utmaningar. I budgeten identifierades en ekonomisk utmaning om 85 miljoner kronor, varav regionfullmäktiges tilläggsbudget för 2022 finansierade 62,5 miljoner kronor. Det innebär att styrelsen för Sjukhusen i väster gick in i 2022 med en ekonomisk utmaning om 22,5 miljoner kronor.

Budgeten är nedbruten till lägsta relevanta nivå både verksamhetsmässigt och ekonomiskt.

Tidigare rekommendationer

I revisionsenhetens årsrapport för 2021 lämnades följande rekommendation till styrelsen för Sjukhusen i väster:

- Vi rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att, i det fall årsprognos för 2022 vid aprilbokslutet väsentligt avviker från regionfullmäktiges ekonomiska målnivå för 2022, formellt lyfta detta till fullmäktige med tydliga beskrivningar avseende orsaker, för ställningstagande och eventuell vägledning.

Styrelsen valde vid sammanträdet den 25 maj (§ 61) att hantera denna rekommendation genom en protokollsanteckning (SV 2022–00003):

Styrelse och förvaltning har kontinuerlig dialog, med ägarutskott och koncernkontor, kring verksamhet och resultat. Styrelsen väljer därför att hantera revisionens rekommendation via en anteckning till protokollet gällande beslutspunkt delårsrapport april 2022.

Detta innebär att styrelsen för Sjukhusen i väster aktivt valde att inte följa revisionens rekommendation från 2021 enligt ovan.

Fortsatt hantering och process under året

Förvaltningen har tagit fram månads- och delårsbokslut i enlighet med regionala riktlinjer. Uppföljning av ekonomi har genomförts på såväl verksamhets- som förvaltningsnivå, och efter sommaren har verksamhetschefer rapporterat direkt till sjukhusdirektör.

I delårsrapporten per april bedömde styrelsen för Sjukhusen i väster årsprognosen till -100 miljoner kronor.

I juni uppskattade förvaltningsledningen den ekonomiska utmaningen inför 2023, utöver redan beslutad åtgärdsplan, till cirka 150 miljoner kronor vid en uppräknig av intäkterna med 3 procent. Detta redovisades för styrelsen före sommaren.

Vid styrelsens riskanalys inför 2023 som genomfördes den 25 augusti, identifierades riskerna; underfinansierad verksamhet samt ekonomisk obalans. Båda riskerna värderades med höga värden, det vill säga kännbara konsekvenser och hög sannolikhet.

I delårsrapport per augusti redovisade styrelsen för Sjukhusen i väster ett negativt resultat motsvarande -74 miljoner kronor, vilket innebar en budgetavvikelse om -109 miljoner kronor. Årsprognosen sattes till -140 miljoner kronor, vilket var en försämring med 40 miljoner kronor jämfört med prognosen i april.

I augusti bedömde styrelsen för Sjukhusen i väster utfallet avseende åtgärdsplanen till 25,3 miljoner kronor och prognosen för realisering för året uppskattades till 53,7 miljoner kronor, vilket innebar man inte kunde nå motsvarande 122 miljoner kronor. Inga nya beslut fattades av styrelsen.

Förvaltningsledningen redovisade följande till styrelsen vid sammanträdet i september, avseende åtgärder enligt fastställd åtgärdsplan:

- Förvaltningens ingång är att planen ska och kan genomföras
 - 5 strategiska inriktningar 2023 som kan bidra till det som ej är genomfört och till ytterligare åtgärder. Förutsätter tydligt ägarskap och genomförande
 - behov av slutenvård
 - akut- och slutenvårdsprocess
 - digitalisering
 - vårdutbudsstruktur
 - produktionsstyrning

I den fortsatta processen under hösten beslutas om fokus på tre av dessa områden; Digitalisering, Akut- och slutenvårdens optimering samt Effektiv vårdutbudsstruktur och produktionsplanering

- Utskiftningens effekt kan hålla långsiktigt, men bygger helt på beslutade volymer
- Nya åtgärder fordras utifrån nya förutsättningar 2023

Förvaltningsledningen förstärkte uppföljningen avseende verksamhet, personal och ekonomi från och med september enligt följande:

- Operativ uppföljning varje vecka med alla verksamheter
 - Vad planeras till nästa vecka för att ta oss framåt
- Förstärkt uppföljning Medicin och Kirurgi/ortopedi varje vecka

Inom ekonomiområdet kompletterades detta med:

- Säkra planeringsunderlag i enlighet med budget
- Identifiera övertalighet relaterat till budget
- Säkerställa korrekt förskrivning av läkemedel och medicinska hjälpmedel
- Analys av laboratorietjänster och intern radiologi initierad

Vid regionstyrelsens sammanträde den 18 oktober uppmanades samtliga sjukhusstyrelser att fortsätta arbetet för ekonomi och verksamhet i balans under 2022, i enlighet med lagda beställningar och fastställda detaljbudgetar.

Dialogmöte mellan revisorskollegiet och Sjukhusen i västers presidium

Vid dialogmötet med revisorskollegiet den 19 oktober redovisade styrelsens presidium en ekonomisk utmaning, med behov av ytterligare åtgärder om cirka 200 miljoner kronor inför 2023 – att jämföra med uppskattningen om 150 miljoner kronor före sommaren. Detta innebär, i det fall realiseringen av åtgärder för 2022 om 53,7 miljoner kronor uppfylls, en total kommande ekonomisk utmaning om 322 miljoner kronor.

Styrelsens budgetbeslut inför 2023

Styrelsen för Sjukhusen i väster fastställde vid sitt sammanträde i november budgeten för 2023. I den beskrivs en samlad ekonomisk utmaning om cirka 350 miljoner kronor (att jämföra med 322 miljoner kronor ovan), vilket utgör 10,9 procent av intäkterna 2023.

Budgeten preciserar följande kompletterande åtgärder (totalt 144 miljoner kronor):

- Effektiv vårdutbudsstruktur och produktionsplanering: 98 miljoner kronor
- Digitalisering: 15 miljoner kronor
- Akut- och slutenvårdens optimering: 31 miljoner kronor

Utöver dessa åtgärder har ett generellt effektiviseringskrav motsvarande 2 procent fastställts för alla verksamheter: 37 miljoner kronor.

De kompletterande åtgärderna inklusive det generella effektiviseringskravet uppgår därmed samlat till 181 miljoner kronor.

I början av december tog förvaltningsledningen fram en omställningsplan för de tre första åtgärderna ovan, som bland annat preciserar leveranser och aktiviteter. Av omställningsplanen framgår inte när aktiviteter ska genomföras och inte hur effekter ska kunna följas upp och mätas. Detta avses klargöras på verksamhetsnivå tidigt under 2023.

Sjukhusen i västers ekonomiska utfall och hantering under hösten

Den negativa resultatutvecklingen har fortsatt under hela hösten. Vid oktoberboks slutet, som var det som var framtaget vid beslutet om budget 2023, uppgick resultatet till -140 miljoner kronor, alltså i nivå med årsprognos. Bruttokostnadsutvecklingen hade per oktober vänt uppåt till 5,1 procent, och redovisades till 5,7 procent i december, och hade då stigit de sista tre månaderna. Budgetavvikelsen förklaras främst av ökade personalkostnader med cirka -137 miljoner kronor.

Granskningen av årets protokoll visar att styrelsen för Sjukhusen i väster inte har fattat några beslut om kompletterande åtgärder eller tagit andra initiativ för att möta årets resultatutveckling. Styrelsen har inte heller gett sjukhusdirektören några särskilda uppdrag inom detta område.

Som redogjorts för ovan har styrelsen för Sjukhusen i väster genomfört fem presidieöverläggningar med ägarutskottet. Av anteckningar från dessa möten framgår inte vilken dialog som förts och vilka eventuella slutsatser som dragits avseende de ekonomiska förutsättningarna för styrelsen.

Vid revisorskollegiets dialogmöte med presidiet för styrelsen för Sjukhusen i väster den 19 oktober 2022, informerade styrelsens ordförande att de inte fått någon uppmaning från ägaren att vidta ytterligare åtgärder. Vidare informerade ordförande att det löpande förts dialog i styrelsen om detta, men att man vid senaste mötet landat i att inga nya åtgärdsplaner krävs i nuläget.

Koncernkontoret genomförde en uppföljning/controlling med sjukhusets förvaltning i början av november, med fokus på förändringar i budget 2023 jämfört med prognosticerat utfall 2022. Man gick igenom hur eventuellt förändrade uppdrag/beställningar/produktionsplaner ses i den ekonomiska budgeten samt hur långt Sjukhusen i väster kommit med utmaningar/åtgärdsplaner för att få en budget i balans. Vid denna uppföljning/controlling lyftes problembilden som beskrivits ovan.

Bedömning avseende ekonomisk måluppfyllelse och ekonomistyrning

Sjukhusen i västers resultat för 2022 samt de förutsättningar som identifierats inför budgetprocessen, visar på en väsentligt ökande ekonomisk utmaning. Den negativa resultatutvecklingen har fortsatt under andra halvåret 2022 och bruttokostnadsutvecklingen har vänt i negativ riktning de sista månaderna. Detta ställer samlat fortsatt stora krav på styrelsen och förvaltningen 2023.

Revisionsenheten menar att till den ekonomiska utmaningen som beskrivs för 2023 om 350 miljoner kronor, även ska läggas 2022 års negativa resultat om 203,6 miljoner kronor.

Arbetsgruppen politisk organisation 2023-2026 (VGR-nivå) lyfter i PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen daterad 2023-01-23, att Regionstyrelsen och dess Ägarutskottet ska ta fram övergripande principer för verksamhets- och ekonomistyrningen av Västra Götalandsregionen samt exemplifierar en tillämpning av detta i följande scenario (sidan 3)

2.1.1.3 En utförare klarar varken att leverera uppdrag eller att ha en ekonomi i balans

En utförare klarar inte att leverera de uppdrag som man erhållit av OSN och man klarar inte heller att ha en ekonomi i balans. Primärt är det alltid berörd styrelse och direktör som ansvarar för att vidta åtgärder för att uppfylla uppdrag och ekonomiska krav. Om man inte lyckas med detta behöver frågan lyftas till en gemensam analys av utförarstyrelsen, RS/ÄU och OSN.

Att analysera uppdragets relevans, omfattning och finansiering är främst ett ansvar för OSN. I detta ligger även att pröva om aktivare produktion och produktionsplanering mellan utförare kan bidra till bättre måluppfyllelse. Att analysera utförarens kostnadsnivå och produktivitet och utarbeta åtgärder är främst ett ansvar för RS/ÄU. Benchmarking med andra relevanta utförare är ett viktigt inslag i analysen. Tillsammans utgör dessa två "analys-ben" underlag för beslut i OSN och berörd utförarstyrelse.

Det ligger i RS roll att svara för uppsiktsplikten att löpande följa så att beslut fattas och att åtgärder genomförs, och rapportera till RF.

Revisionsenheten bedömer att det är mycket viktigt att den tillträdande styrelsen så tidigt som möjligt under 2023 ges en rättvisande bild av de ekonomiska

förutsättningarna. Sjukhusen i väster har under hela mandatperioden 2019–2022 konsekvent underpresterat i realisering av åtgärder. Ska Sjukhusen i väster lyckas med åtgärderna 2023 med en reell effekthemtagning som ger ett nollresultat för 2023, krävs sannolikt en mycket aktiv styrning och uppföljning från såväl förvaltningsledning som styrelse. Detta har inte varit fallet 2022. Om styrelsen för Sjukhusen i väster bedömer att ett nollresultat för 2023 sannolikt inte är möjligt att uppnå och om styrelsen inte fått tydliga besked från regionfullmäktige att avsteg från budget kan godkännas, bör styrelsen så snart som möjligt ta initiativ till gemensam analys i enlighet med ovan.

Revisionsenheten menar att det är av största vikt att alla nyckelaktiviteter i de olika åtgärdsplanerna tidsätts och att effekter konkretiseras så att de kan följas upp månadsvis och eventuella avvikelser hanteras skyndsamt av styrelsen.

Utifrån iakttagelserna ovan avseende styrelsen för Sjukhusen i västers ekonomiska måluppfyllelse samt ekonomistyrning har revisionsenheten att bedöma och ta ställning till två av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred.

I Tabell 8–9 nedan redogör revisionsenheten för sina bedömningar gentemot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

Tabell 8: Grund för ansvarsprövning (*Bristande måluppfyllelse – ekonomi*)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
<p>Fullmäktiges finansiella mål och riktlinjer (till exempel upprätta budget, följa budgetramar, medelsförvaltning och förvaltning av pensionsavsättningar) har inte uppnåtts/efterlevts. Det handlar om väsentliga och uppenbara brister eller avvikelser</p>	<p>Årets resultat -203,6 miljoner kronor (6,5 procent ställt mot totala intäkter) är en väsentlig avvikelse som eskalerat under året jämfört med budget med beskriven ekonomisk utmaning om 22,5 miljoner kronor.</p> <p>Avvikelse mot styrelsens lämnade prognos per augusti handlar om cirka -64 miljoner kronor.</p> <p>Bruttokostnadsutveckling redovisades i december till 5,7 procent ställt mot åtgärdsplanens målnivå</p>

	om 1,5 procent och hade haft en negativ utveckling det sista kvartalet 2022.
Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel följa budgetramen eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning. De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.	<p>Styrelsen har inte fattat några kompletterande beslut avseende tillkommande åtgärder fram till och med budgetbeslutet för 2023, detta trots att den har varit välinformerad om utvecklingen under hela året. Styrelsen har inte heller gett några formella uppdrag till sjukhusdirektören avseende hanteringen av det ekonomiska läget. Redan innan sommaren är styrelsen väl informerade om den förväntade ekonomiska utmaningen 2023 som slutligen uppskattas till 350 miljoner kronor för 2023.</p> <p>Revisionsenheten tar också följande i beaktande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svar från presidiet för styrelsen för Sjukhusen i väster, på frågorna från revisionsenheten avseende styrelsens ställningstaganden till ytterligare beslut om åtgärder • Att styrelsen för Sjukhusen i väster inte kan visa på något ställningstagande från ägaren/ägarutskottet som indikerar att de förväntar sig annat än att lagd budget för 2022 ska uppfyllas • Styrelsens riskvärdering avseende underfinansierad verksamhet samt ekonomisk obalans. Revisionsenheten noterar att dessa risker inte värderas högre, trots de fakta som finns framme vid tillfället för riskanalysen.

Tabell 9: Grund för ansvarsprövning (Brister i styrning av ekonomi)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån de ekonomiska beslut, riktlinjer, rutiner med mera som styrelsen lagt fast. De efterfrågar inte resultat och analys.	<p>Förvaltningsledningen har följt regionala riktlinjer för budget och rapportering. Styrelsen har kontinuerligt erhållit relevant information och analys av den ekonomiska utvecklingen.</p> <p>Det kan dock konstateras att verksamheten inte har förmått uppfylla de ekonomiska besluten på ett tillfredsställande sätt och att styrelsen inte har fattat några kompletterande beslut på grund av</p>

	<p>detta som har påverkat resultatet för 2022. De nya åtgärder som beslutas i budget för 2023 för att hantera budgetutmaningen, konkretiseras först i början av 2023.</p>
<p>Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till fullmäktige, till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.</p>	<p>Revisionsenheten kan konstatera att styrelsen hållit ägaren/ägarutskottet informerad om den ekonomiska utvecklingen och de ekonomiska utmaningar Sjukhusen i väster står inför. Detta har gjorts såväl i den ordinarie rapporteringen som vid ägardialogerna.</p> <p>Revisionsenheten konstaterar att styrelsen för Sjukhusen i väster aktivt valt att inte följa revisionens rekommendation från 2021.</p> <p>Revisionsenheten konstaterar att styrelsen i enlighet med budgetanvisningar lämnar en budget i balans för 2023, detta med budgetutmaningen om 350 miljoner kronor – cirka 11 procent av omslutningen. Vid denna tidpunkt</p> <ul style="list-style-type: none"> • har inte förutsättningarna för hur denna utmaning ska hanteras hunnit analyseras i tillräcklig omfattning • har styrelsen att beakta förvaltningens historik i faktisk måluppfyllelse av åtgärdsplaner • har styrelsen att beakta den fortsatta kraftigt negativa resultatutveckling under hösten och utvecklingen av bruttokostnadsutvecklingen • finns inga indikationer från regionfullmäktige att det är acceptabelt att inte uppnå ekonomi i balans på årsbas 2023, alltså ett nollresultat. • finns inga indikationer på att resultat för 2022 ska skrivas bort – vilket innebär att den ekonomiska utmaningen per slutet av november får anses vara betydligt större än den budgeterade. <p>Dessa konstateranden ligger med i grunden för den första rekommendationen vi ger nedan.</p>

<p>Budgeten har inte följts och ekonomistyrningen har inte varit tillräcklig. Den löpande redovisningen (bokföringen) har varit otillräcklig eller ofullständig eller har andra uppenbara brister som försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll.</p>		<p>Revisionsenheten bedömer att förvaltningsledningen inte i tid stärkt förvaltningsstyrning och uppföljning. Vi kan dock inte bedöma om det nya upplägget från september är tillräckligt för att vända den ekonomiska utvecklingen i tillräcklig omfattning.</p>
<p>Styrelsen saknar tillfredsställande system för intern kontroll, alternativt är system och rutiner inte tillräckligt strukturerade och integrerade i organisationen och det löpande arbetet.</p>		<p>Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på. Se dock vår bedömning ovan avseende riskvärderingen.</p>

Revisionsenhetens sammanfattande bedömning är att styrelsen för Sjukhusen i väster inte skött verksamheten på ett från ekonomisk synvinkel tillfredsställande sätt.

Den passivitet som styrelsen visat under 2022, resultatet för 2022 samt de ekonomiska utmaningar Sjukhusen i väster står inför 2023, ger att den nya styrelsen står inför en stor utmaning där sannolikt en tidig och transparent dialog i enlighet med nya styrprinciper för 2023 enligt ovan är av stor vikt.

Rekommendationer

- Revisionsenheten rekommenderar den tillträdande styrelsen för Sjukhusen i väster att så snart som möjligt ta initiativ till möte med Regionstyrelsens ägarutskott och den Operativa HSN i enlighet med arbetsgruppen politisk organisation 2023-2026 förslag i PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen daterad 2023-01-23. Detta utifrån risk att varken klara att leverera uppdrag eller att ha en ekonomi i balans 2023.
- Revisionsenheten rekommenderar den tillträdande styrelsen att säkerställa att alla eventuella ställningstaganden och beslut från såväl regionstyrelsen/ ägarutskottet, beställare som andra styrelser och nämnder, som påverkar Sjukhusen i västers

förutsättningar för att uppnå verksamhet- och ekonomi i balans, dokumenteras skriftligt. Detta för att säkerställa en tydlighet i ansvar och förväntningar.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är översiktlig och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Styrelsen för Sjukhusen i väster har enligt reglementet ett ansvar att kontinuerligt följa upp sin verksamhet och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Av detta följer att styrelsen behöver efterfråga information och återrapportering i den utsträckning som behövs för att ta ansvar. I policy för Västra Götalandsregionen framgår att varje styrelse, inom ramen för det interna kontrollarbetet, ska uppfylla vissa krav.⁷ Med utgångspunkt i detta har revisionsenheten granskat hur Sjukhusen i väster säkerställt intern kontroll under 2022 utifrån följande:

- Att styrelsen utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning hanterar brister i styrelsens ordinarie systematiska styrning och uppföljning.
 - Upprättat arbetssätt, organisation, processer för den interna kontrollen – utifrån syfte att; förebygga, upptäcka och åtgärda
 - Utformat kontrollerna utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning
 - En risk- och väsentlighetsanalys i vilken prioriteringar har gjorts av risker med hög sannolikhet/konsekvens
 - Dokumenterade och tillräckliga kontroller
- Att styrelsen säkerställt att detta system för intern kontroll genomförts på ett ändamålsenligt sätt.
 - Säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut
 - Aktivt värderat återrapportering, vid behov beslutat om nya kontroller och/eller styråtgärder

⁷ Samtliga nämnder/styrelser ska årligen 1) beskriva sin kontrollmiljö, 2) identifiera och värdera risker som underlag för kontroller, 3) besluta om en intern kontrollplan och 4) följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Revisionsenhetens granskning avseende styrmiljö, styrdokument och formalia 2022 har fokuserat på om styrelsen och förvaltningsledningen hanterat följande på ett ändamålsenligt sätt:

1. Dokumenterade strategier samt ledningsfilosofi för hur styrelsen avser att styra och leda verksamheten
2. Kvalitetsledningssystem
 - a. Kopplingen till Västra Götalandsregionens övergripande kvalitetsledningssystem samt till gällande lagstiftning och nationella riktlinjer
 - b. Att kvalitetsledningssystemet är implementerat hos Sjukhusen i västers verksamheter
3. Ställningstaganden och beslut med syfte att
 - a. stärka möjligheten till måluppfyllelse
 - b. anpassa resurser till gällande uppdrag
 - c. säkra uppföljning av verksamheten
 - d. stärka besluts- och genomförandekraft att uppfylla uppdrag och hantera eventuella avvikelser
4. Att styrelsens uppdrag enligt reglemente är omhändertaget i styrdokument och uppdrag till förvaltningen
5. Fastställande av delegeringsordning och att rutinerna för delegering följts
6. Följsamhet till
 - a. de policydokument, riktlinjer och anvisningar som regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och övriga systemägare fastställt
 - b. gällande lagstiftning och de nationella riktlinjer som är styrande för verksamheten
7. En ärendeberedning i enlighet med förvaltningslagen, kommunallagen och ärendehandboken
8. Styrelsebeslut fattade i rätt tid utifrån riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen/Koncernkontoret avseende till exempel budget, delårsrapporter och årsredovisning, riskanalys och plan för intern kontroll, andra beslut av regionfullmäktige/regionstyrelsen som är relevanta för styrelsen
9. Att brister i önskat resultat från beslut beretts och hanterats av styrelsen i rätt tid
10. Att beslutsunderlag är tillräckliga för de beslut som fattats av styrelsen under året och att detta tydligt av dokumentationen från styrelsearbetet

Revisionsenheten bedömer att årets grundläggande granskning styrker att de områden denna fokuserat på enligt ovan avseende styrmiljö, styrdokument och formalia, förefaller hanteras på ett ändamålsenligt sätt av Sjukhusen i västers styrelse och förvaltningsledning. Styrelsen har fattat beslut om väsentliga styrdokument i rätt tid och utifrån

riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen/ Koncernkontoret. Vidare har förvaltningen upprättat en rutin för upprättande och revidering av styrande dokument, för att minska risken för många dokument med otydligt och motstridigt innehåll. Styrelsen har också fastställt delegeringsordning enligt Västra Götalandsregionens rutin och mall.

Granskning av arbetet med intern kontroll 2022

Granskningen visar att det finns en tydlig arbetsfördelning och etablerad process för att ta fram riskanalys och plan för intern kontroll. Detta framgår av styrelseprotokoll och tjänsteutlåtande i samband med fastställandet av planen. Av beslutet framgår att styrelsen för Sjukhusen i väster gemensamt genomför riskanalys och fastställer plan för intern kontroll. Tjänsteperson från förvaltningens kanslienheter har medverkat som metodstöd och för dokumentation. Utifrån styrelsens formulering av risker och scenarier har tjänstepersoner utformat kontroller samt föreslagit redovisningstider för lägesrapportering och årsrapportering.

Styrelsen för Sjukhusen i väster har dokumenterat och uppdaterat sin kontrollmiljö för 2023.

Riskanalys

I arbetet med att upprätta plan för intern kontroll 2023 genomförde styrelsen den 25 augusti en workshop, i syfte att riskinventera samt formulera scenarier för de identifierade riskerna.

Att göra en riskanalys handlar till stor del om att ringa in och bedöma risker, för att i ett senare steg kunna identifiera vilka åtgärder som kan förebygga risken och vilka kontroller som ska göras. Riskerna behöver även kopplas till aktuella mål, uppdrag, åtaganden eller processer. Inom Västra Götalandsregionen finns ingen uttalad definition av vad en risk är. Sveriges Kommuner och Regioner definierar däremot risk som en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.⁸

Samtidigt som granskningen visar att risker överlag är väl beskrivna, kan vi konstatera att det inte alltid tydligt framgår vad den faktiska händelsen eller omständigheten är som kan påverka verksamheten negativt. Det är inte heller alltid tydligt vad som är risk och vad som är en konsekvens av risken. Detta behöver i sig inte vara fel, men det kan skapa onödig otydlighet och svårighet att veta vad som behöver kontrolleras för att hantera risken och hur kontrollen ska utföras/följas. Exempelvis anges risken *Sjukhusen i väster når inte målen i det regionala omställningsarbetet* utan närmare beskrivning av vad som gör att målen inte uppnås. Ett annat exempel är risken *Sjukhusen i väster uppnår inte uppsatta miljömål*.

⁸ SKR. Intern kontroll. För förtroende, trygghet och utveckling, s.21.

Inom ramen för riskvärderingsarbetet enades styrelsen om vilka risker som bör införas i plan för intern kontroll 2023 och vilka styrelsen, efter formulerad motivering, avstod från att inkludera. Värderingen har skett utifrån en bedömning av sannolikhet och konsekvens enligt riskanalysmodell för intern kontroll för nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen.

Plan för intern kontroll

Styrelsen för Sjukhusen i väster fattade beslut om plan för intern kontroll för 2023 den 29 november 2022, i anslutning till detaljbudgeten. Planen omfattar 16 risker med tillhörande kontroller. Nio risker är helt eller delvis nya jämfört med motsvarande plan för 2022. Av kontrollplanen framgår beskrivning av kontroll, vad som ska kontrolleras och hur det ska ske, uppföljningsdatum och vem kontrollen ska rapporteras till. Dock saknas information om vem som är ansvarig för att utföra kontrollen.

Kontrollerna är överlag väl beskrivna. Samtidigt kan vi konstatera att det inte framgår tydligt för alla kontroller vad som ska kontrolleras och hur kontrollen ska utföras.

Uppföljning av plan för intern kontroll

I samband med att styrelsen för Sjukhusen i väster fastställde plan för intern kontroll 2022, beslutades att förvaltningschefen kvartalsvis ska lämna uppföljningsrapport enligt planen.

Revisionsenheten konstaterar att dokumentationen av merparten av riskerna omfattar beskrivning av kontrollen, resultat och förslag på åtgärder eller redan vidtagna åtgärder. Vi noterar att redovisningen inte alltid tydligt motsvarar beskrivningen av hur kontrollen är tänkt att utföras. I uppföljningsrapporterna per mars, juni och september framgår vilka dialoger som pågår, men inte vad de innehåller eller leder till.

Genomgång av styrelseprotokoll visar att uppföljning har skett i enlighet med plan och att styrelsen behandlat återrapporteringen. Styrelsen har vid samtliga tillfällen godkänt uppföljningen och inga kompletterande åtgärder eller kontroller har beslutats.

Styrelsen godkände vid sitt sammanträde den 27 januari 2023 den slutliga uppföljningen av Plan för intern kontroll 2022. Rapporten är informativ när det gäller hur kontroller har genomförts samt resultat kopplat till de identifierade riskerna. I förekommande fall ges förslag till ytterligare åtgärder.

Bedömning och rekommendationer

Utifrån iakttagelserna ovan avseende styrelsen för Sjukhusen i västers styrning av intern kontroll, har revisionsenheten att bedöma och ta ställning till en av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred. I Tabell 10 nedan redogör revisionsenheten för sina bedömningar gentemot denna grund. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte fullt ut har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionsenheten bedömer att styrelsen inte har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

Tabell 10: Grund för ansvarsprövning (*Brister i intern kontroll*)

Tänkbar brist	Revisionsenhetens bedömning
Styrelsen saknar tillfredsställande system för intern kontroll, alternativt är system och rutiner inte tillräckligt strukturerade och integrerade i organisationen och det löpande arbetet	Detta har revisionsenheten inget väsentligt att anmärka på.

Revisionsenheten bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har följande fördjupade granskningar genomförts avseende styrelsen för Sjukhusen i väster:

- uppdämt vårdbehov
- strategisk kompetensförsörjning
- effekter av åtgärdsplaner

Granskning av uppdämt vårdbehov

Revisionen har granskat hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.⁹

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

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

Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämnda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom den regionala särskilda tillgänglighetsledningen. Trots det har insatserna inte gett förväntad effekt. Revisionen bedömer därför att arbetet med att omhänderta det uppdämnda 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 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.

Granskningen visar också att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger 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

⁹ Revisionsrapport: Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov (diarienummer REV 2022-00084)

vidtagna under året för omställningen. Revisionens bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

Revisionen lämnade följande rekommendationer med anledning av granskningen:

- 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.

Hänvisning till:

Rapporten ”Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov” med diarienummer REV 2022-00084.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt folktandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023¹⁰.

Syftet med granskning har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har särskilt fokuserat särskilt den gemensamma processen för kompetensförsörjningsplaner på såväl utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå. Detta innebär hur väl arbetet är organiserat med avseende på ansvarsfördelning, samt vilka riktlinjer och processer som finns för att planera, genomföra och följa upp samt utöva intern kontroll (dvs. utformningen av styr- och ledningssystemet) av kompetensförsörjning.

¹⁰ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt folktandvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022-00077).

Granskningen har omfattat Regionstyrelsen och Styrelserna för Närhälsan, Regionhälsan, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sjukhusen i väster, Skaraborgs sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus samt Tandvårdsstyrelsen.

Granskningen visar att *regionstyrelsen* har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock på vissa brister i detta system. Bristerna inverkar på styrning- och ledning av kompetensförsörjning koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller:

- att säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.
- att säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- att riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförarstyrelser process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- att säkerställa att målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskning visar sammanfattningsvis att *utförarförvaltningarnas* styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det regiongemensamma styr- och ledningssystemet. Utförarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur kompetensförsörjningen ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också att mandat och ansvarsfördelning mellan utförarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. En noterad avvikelse är dock hantering är hos Sjukhusen i väster och Närhälsan där kompetensförsörjningsplanen inte fastställs av styrelserna utan av förvaltningschef genom verkställighetsbeslut. I utförarstyrelsernas reglemente anger krav på att samråd ska ske med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning utifrån granskning, analys och slutsats är att regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelsen inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av

strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att inom ramen för sitt övergripande ledningsansvar för att samordna och leda regionens verksamheter att:

- tillse att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser, alternativt bilateralt mellan regionstyrelsen (dess utskott) och utförarstyrelser i syfte att trygga strategisk kompetensförsörjning med koppling till att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.
- att tillse att riktlinjerna beslutas för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning. Riktlinjerna ska klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- att tillse att riktlinjerna beslutas för regiongemensam styrning av utförarstyrelser för processen för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. Riktlinjerna ska klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på förvaltningsnivå.
- att tillse att säkerställa målindikatorerna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.
- att utveckla den interna kontrollen med grund i de brister som identifierats i regionstyrelsens regiongemensamma styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning.

Revisionen rekommenderar styrelserna för Sjukhusen i väster och Närhälsan att besluta om kompetensförsörjningsplaner på styrelsenivå.

Hänvisning till:

Rapporten "Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt folk tandvården i Västra Götalandsregionen" (diarienummer REV 2022-00077)

Granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen har granskat effekterna av sjukhusens åtgärdsplaner. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022¹¹.

Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Med ett ändamålsenligt och effektivt arbete menas att verksamheten, genom åtgärderna, uppfyller de krav som ställs på verksamhetens omfattning, innehåll och kvalitet.

¹¹ Revisionsrapport: Granskning av effekter av åtgärdsplaner (diarienummer REV 2022-00085).

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skaraborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster. Granskningen omfattade även regionstyrelsen utifrån dess ansvar att ha uppsikt över sjukhusens arbete med åtgärdsplanerna.

Granskningen visade sammantaget att

- sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för att nå en verksamhet och ekonomi i balans i stora delar var ändamålsenliga, men att det fanns förbättringsmöjligheter
- regionstyrelsen bör utveckla formerna för att stödja sjukhusens styrelser i arbetet med att hålla budgeten och nå regionfullmäktiges mål.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att:

- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärdena både avseende verksamhet och ekonomi
- säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet
- utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus
- utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen
- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Sjukhusstyrelserna uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Hänvisning till: Rapporten ”Granskning av effekter av åtgärdsplaner” med diarienummer REV 2022–00085.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed¹². Granskningen av räkenskaperna har genomförts av Deloitte.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Deloitte redogör i sitt rekommendationsbrev daterat 20 december 2022 för identifierade förbättringsförslag riktade till Sjukhusen i väster avseende redovisningsprinciper och interna kontroller inom förvaltningen, vilka noterades vid utförandet av löpgranskningen för räkenskapsåret 2022.

Bokslutsprocessen

Iakttagelse: I samband med vår granskning av bokslutsprocessen har vi noterat att det inte finns någon systemspärr i Raindance som säkerställer att godkännande och attest av bokföringsorders ej sker av samma person.

Rekommendation: För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det ej är möjligt att införa en systemspärr rekommenderar Deloitte förvaltningen att implementera en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorders, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest ej sker av samma person.

Manuella bokföringsordrar

Iakttagelse: En generell notering i samband med vår granskning av förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen är att det saknas en framtagen riktlinje för vad en manuell bokföringsorder skall bestå av i form av bokföringsunderlag.

¹² Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Rekommendation: Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Se dock de två rekommendationerna ovan.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

I PwCs rapportering avseende översiktlig granskning av delårsbokslut per 31 augusti 2022 daterad i oktober 2022 framgår att inga väsentliga avvikelser har noterats för Sjukhusen i Väster.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar. I Deloitte granskningsrapport daterad 2023-02-13 framgår följande avseende styrelsen för Sjukhusen i väster:

Vi har utfört en översiktlig granskning av årsbokslutet för Sjukhusen i väster för räkenskapsåret 2022-01-01 – 2022-12-31. Vår översiktliga granskning har utförts i enlighet med god granskningssed för översiktlig granskning av kommunal verksamhet. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har vi gjort nedanstående bedömningar.

Grundat på vår översiktliga granskning har det inte kommit fram några omständigheter som ger oss anledning att anse att årsbokslutet för nämnden inte, i allt väsentligt, är upprättat i enlighet med RKR och lagen om kommunal bokföring och redovisning.

Revisionen bedömer utifrån ovan, att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört av de rekommendationer som avsåg 2021.

Tabell 11: Uppföljning av rekommendationer från granskning av verksamhetsåret 2021

Rekommendation	Uppföljning
Vi rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att, i det fall årsprognos för 2022 vid aprilbokslutet väsentligt avviker från regionfullmäktiges ekonomiska målnivå för 2022, formellt lyfta detta till fullmäktige med tydliga beskrivningar avseende orsaker, för ställningstagande och eventuell vägledning.	Revisionsenheten bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen. Se iakttagelser och bedömning under avsnittet om Ekonomi.
Vi rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att tidigt under 2022 definiera konkreta och mätbara mål för samtliga aktiviteter i styrelsens budget för 2022 som är direkt kopplade till mål i regionfullmäktiges budget. Dessa mål ska tydligt kunna ställas mot fullmäktiges målsättningar för bedömning av måluppfyllelse 2022.	Revisionsenheten bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen. Se iakttagelser och bedömning under avsnittet om Målstyrning.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markerar en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022–00047

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsd i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig inom de områden som omfattats av granskningen.

Granskningen visar på allvarliga brister avseende styrning och måluppfyllelse för en ekonomi i balans. Vi bedömer att bristerna har medfört risk för ekonomisk skada.

Granskningen visar på betydande brister avseende verksamhetsmässig måluppfyllelse. Vi bedömer att bristerna i tillgänglighet medfört att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus inte nått regionfullmäktiges prioriterade mål.

Granskningen visar på allvarliga brister avseende informationssäkerhetsarbetet. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har inte en tillräcklig styrning av informationssäkerhetsarbetet och arbetet sker inte ändamålsenligt och den interna kontrollen är inte tillräcklig. Bristerna medför risk för att obehöriga kan ta del av information som de inte bör ha tillgång till.

Mot bakgrund av de brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en anmärkning.

Vår kritik i form av en *anmärkning* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsd i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi – Fullmäktiges finansiella mål har inte uppnåtts. Styrelsen har sett väsentliga ekonomiska avvikelser under året och inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatt mål om en budget i

balans. Det ekonomiska resultatet för året uppgår till ett underskott om minus 177,6 miljoner kronor vilket motsvarar 3,6 procent av omsättningen.

- Brister i styrning och intern kontroll gällande ekonomi – Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån ekonomiska beslut. De har inte efterfrågat resultat och analys i tillräcklig utsträckning och styrelsen saknar tillräckligt tillfredställande och strukturerade system för intern kontroll av ekonomin.
- Bristande måluppfyllelse gällande verksamhet – Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att uppnå tillgänglighetsmål.
- Brister i styrning och intern kontroll gällande verksamhet - Tillgänglighetsmål nås inte och styrelsen har inte säkerställt att system för intern kontroll är tillräckligt strukturerade.
- Otillräcklig beredning av ärenden – Avsteg och brister i beredningsarbetet har förekommit mot fastställda regionala rutiner och riktlinjer vad gäller handläggning och beredning. Insyn i beslutsärenden brister genom att beredning avviker från regionala rutiner. Insyn i beslutsärenden brister.

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00047

2023-03-29

Revisionsrapport: Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022–00047

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson och Rickard Johansen

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte.

Kvalitetsgranskare: Maria Gabrielsson Fredriksson

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	6
Utgångspunkter för granskningen	10
Styrelsens ansvar	10
Regionens budget	10
Revisionens granskning.....	11
Grundläggande granskning.....	13
Granskning av måluppfyllelse.....	13
Granskning av styrning och intern kontroll.....	20
Fördjupad granskning.....	22
Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	22
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	23
Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården	24
Granskning av återbesök i specialiserad vård	26
Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet	27
Granskning av Skaraborgs Sjukhus arbete med att säkerställa personsäkerhet	28
Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet	29
Granskning av läkemedelsförskrivning	29
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	31
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	31
Granskning av delårsbokslutet	32
Granskning av årsbokslutet	33
Uppföljning av rekommendationer.....	33
Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa	33
Det kommunala ansvarssystemet.....	35
Revisionen i korthet.....	36
Västra Götalandsregionen i korthet.....	37

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen. Granskningen visar att det finns förbättringsområden avseende att

- stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål samt utveckla sin bedömning av måluppfyllelsen för verksamheten i enlighet med koncernens anvisning
- nå en ekonomi i balans trots återkommande rapportering som visat på prognosticerade helårseffekter för ekonomi som legat under målsättningen
- genomföra en tillräcklig intern styrning och kontroll
- stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti
- tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum
- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten
- säkerställa att samtliga verksamheter genomför årlig skyddsround
- vidta åtgärder för att höja informations- och cybersäkerheten
- säkerställa att beslutsunderlag är tillräckligt tillfredsställande för att styrelsen ska kunna fatta välgrundade beslut och för att allmänheten ska förstå ärendenas innehåll

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning – måluppfyllelse verksamhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål samt utveckla sin bedömning av måluppfyllelsen för verksamheten i enlighet med koncernens anvisning (2022).
Grundläggande granskning – måluppfyllelse verksamhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att beslutsunderlag är tillräckligt tillfredställande för att styrelsen ska kunna fatta välgrundade beslut och för att allmänheten ska förstå ärendenas innehåll (2022).
Grundläggande granskning – ekonomi	Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans (2022).
Grundläggande granskning – intern styrning och kontroll	Revisionen rekommenderar styrelsen att i arbetet med intern styrning och kontroll utveckla riskanalys och kontroller (2022).
Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	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 (2022)
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i

	<p>verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir (2022).</p>
<p>Granskning av återbesök i specialiserad vård</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att planera och genomföra återbesök så att</p>

	<p>statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2022).</p>
<p>Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet</p>	<p>Upprätta förvaltnings specifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs.</p> <p>Säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp.</p> <p>Upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident samt säkerställa att dessa testas med regelbundenhet.</p> <p>Vidta åtgärder i syfte att stärka uppföljningsarbetet samt upprätta former för kontinuerlig åiterrapportering till styrelse/nämnd av det informationssäkerhetsarbete som bedrivs.</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen för Skaraborgs Sjukhus att säkerställa att riskbedömning och informationsklassning genomförs av den information som hanteras inom styrelsens verksamhet (2022).</p>
<p>Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att samtliga verksamheter genomför årlig skydds rond (2022)</p>
<p>Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner</p>	<p>För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att fyraögonprincipen införs, det vill säga att en upprättad bokföringsorder alltid attesteras av någon annan än upprättaren (2022)</p> <p>För att förbättra den interna kontrollen rekommenderas att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det</p>

	inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder (2022).
Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa	Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021).

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Styrelsen ska bedriva vård vid Skaraborgs Sjukhus med professionell kompetens och säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten. Sjukhusets uppdrag preciseras i vårdöverenskommelsen där det övergripande uppdraget är att ge akut och planerad vård till invånare i Västra Götalandsregionen.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant

- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om något eget mål för 2022.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsred i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹. Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallag (2017:725)
- Förvaltningslag (2019:900)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:13)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budget 2022 samt plan för ekonomi år 2023–2024 för Västra Götalandsregionen (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)

Övriga styrande dokument:

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (regionstyrelsen 2016-02-09)
- Västra Götalandsregionens ärendehandbok (regiondirektören 2017-06-26)
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (regionstyrelsen 2019-05-14)
- Vägledning för nämnder och styrelserns arbete (regionstyrelsen 2017-12-12)
- Rutin för nämnder och styrelserns rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (ekonomidirektör 2022-01-01)
- Instruktion till sjukhusdirektör (Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2019-03-18)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om något eget mål för 2022.

lakttagelser

I Koncernkontorets anvisning för nämnder och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vid bedömning ska följande punkter kommenteras:

- utfall, hänvisa till indikatorer
- analys, ska förklara den bedömning av måluppfyllnad som görs
- om uppföljningen visar negativ bedömning ska det ingå en redovisning över vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen.

Vidare framgår av anvisningen att koppling av indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde. Aktiviteter har beslutats om i verksamhetsplanen som stödjer målarbetet och processen med att nå de fastställda målen. I granskningen har det noterats att samtliga indikatorer inte följs upp i delårs- och årsredovisning.

Vår granskning har visat att styrelsen har följt upp de mål som regionfullmäktige beslutat om i budget 2022. Uppföljning av målen har skett vid delårsrapport april och augusti samt årsredovisning, enligt beslutad riktlinje för koncernen. Styrelsen har kommenterat utfallet och beskrivit eventuella avvikelser samt i viss utsträckning tagit fram en analys av resultatet och beskrivit hur arbetet med målet måste gå vidare om målet inte uppnås. En tregradig skala har använts för att bedöma måluppfyllelse avseende mål och fokusområden.

Samtliga fullmäktigemål som styrelsen valt att arbeta med under 2022, bedöms av styrelsen vara delvis uppfyllda. Fokusområdet att ”öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problemet med överbeläggningar” kommer inte att uppnås.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Tillgänglighet

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med fokusområdet att öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problemet med överbeläggningar. I årsredovisningen bedöms målet som ej uppnått. Målnivån om en beläggning på 90 procent eller lägre har inte nåtts och sjukhuset har haft en beläggning på 100 procent eller mer under stora delar av året. Antalet disponibla vårdplatser har minskat med cirka 50 vårdplatser sedan årsskiftet till följd av personalbrist.

Vidare har sjukhuset antagit fokusområdet att stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabetesök och behandling. Sjukhuset har följt tillgängligheten i månadsrapporter under året och ett stort antal åtgärder för att minska antalet väntande i vårdköer har genomförts. Fokusområdet bedöms som delvis uppfyllt.

Till följd av att beställda bas- och tilläggsolymer inte uppnåtts får sjukhuset ta kostnader om 2,4 miljoner kronor för köpt garantivård då sjukhuset får betala för patientgrupper där basolymer inte uppnås. Vidare får sjukhuset 46,7 miljoner kronor lägre intäkter än budgeterat då bas- och tilläggsolymer inte uppnåtts. Vid utgången av 2022 var den totala ackumulerade avvikelserna negativ för produktion inom egen regi och skickande av remisser till extern regi, såväl för förstabetesök som för operation. Avvikelserna för operation berodde främst på bemanningsproblem inom slutenvård och operation.

Under året har väntande till förstabetesök inom vårdgarantins gränser legat runt 75 procent. De lägsta nivåerna uppgick till 61 och 63 procent i augusti respektive september och de högsta på 76 procent i maj och december. I december hade närmare 220 patienter väntat mer än ett år på ett förstabetesök.

Väntande till operation inom vårdgarantins gränser har under året legat under 60 procent bortsett från november och december där väntande inom vårdgarantins gräns uppgick till 67 respektive 68 procent. Drygt 360 patienter hade väntat mer än ett år på operation i december. Operationsverksamheten har under året utökat antalet operationssalar men operation når inte uppdrag för bas- och tilläggsolymer per helår. Sjukhuset har genomfört kökortningsinsatser med operationer på lördagar och köp av vård hos externa vårdgivare under året. Under året har antalet väntande över 90 dagar minskat med 560 patienter.

Väntande till utredning inom barn- och ungdomspsykiatri inom vårdgarantins gräns låg som högst på 22 procent under mars månad och som lägst på 10 procent i november månad. I december ligger väntande till utredning inom barn- och ungdomspsykiatri på 17 procent vilket är något bättre än samma period 2021.

Väntande till behandling inom barn- och ungdomspsykiatri inom vårdgarantins gräns uppgick som lägst till 9 procent i januari och som högst till 33 procent i december vilket är bättre jämfört med samma period 2021.

Offentlighet och beredning av beslutsunderlag

I vägledning för nämnders och styrelser arbete³ framgår att ett tjänsteutlåtande är förvaltningens beslutsunderlag med förslag. Det ska vara lätt för en förtroendevald att sätta sig in i ett ärende och invånarna ska kunna förstå handlingar som ligger till grund för politiska beslut. Vidare framgår att styrelsen ska säkerställa att beslutsunderlag är tillräckliga för att kunna bedöma ärendet och fatta beslut.

I riktlinje ärendehandbok⁴ framgår att innan en styrelse behandlar ett ärende ska förvaltningen lämna ett tjänsteutlåtande. Tjänsteutlåtandet är en redovisning och bedömning av ärendet baserat på förvaltningens specialistkompetens. Förvaltningen ska utreda, samla fakta och skapa sig en bild av ärendets innehåll och omfattning. Vidare framgår att den som skriver ärendet ska planera genomförande och uppföljning.

I instruktion till sjukhusdirektör⁵ framgår sjukhusdirektörens arbetsuppgifter. Bland annat ska sjukhusdirektör se till att

- ärenden som går upp för beslut till styrelsen är tillräckligt beredda korrekta och läsvänliga
- när styrelsen efterfrågar det, ge sin åsikt tillkänna i fråga om beslutsärendenas bakgrund, beredning och finansiering.

Efter dialog mellan revisionen och sjukhusförvaltningen genomförde sjukhusförvaltningen en jämförelse av antalet beslutsärenden mellan regionens sjukhus. Utifrån jämförelsen konstaterades att Skaraborgs Sjukhus behandlade färre beslutsärenden under året än övriga sjukhus i regionen. I granskningen har vi noterat att sjukhusstyrelsen under 2022 hanterat 46 beslutsärenden.

I granskningen har vi noterat att ett stort antal ärenden hanterats i styrelsen som informationsärenden utan diarienummer. Informationsärenden har normalt inget tjänsteutlåtande och informationen behöver inte protokollföras. Viss kortfattad information har dock protokollförts av sjukhuset. Ärenden som hanterats som informationsärenden omfattar bland annat ärenden som arbetsmiljö, intern kontroll, produktionsplanering, uppföljning av produktion, patientsäkerhet, indikatoruppföljning för måluppfyllelse, uppfyllelse av vårdöverenskommelser och uppföljning av åtgärdsplan.

³ Vägledning för nämnders och styrelser arbete, RS 2017-04735.

⁴ Riktlinje ärendehandbok Riktlinjer för ärendeberedning inom Västra Götalandsregionen RS 2017-02773.

⁵ Instruktion till sjukhusdirektör, SKAS 2019-00099.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar att det finns brister avseende beredning av beslutsunderlag samt måluppfyllelse av regionfullmäktiges prioriterade mål och vid bedömning av måluppfyllelsen för verksamheten.

Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål samt utveckla sin bedömning av måluppfyllelsen för verksamheten i enlighet med koncernens anvisning

Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att beslutsunderlag är tillräckligt tillfredställande för att styrelsen ska kunna fatta välgrundade beslut och för att allmänheten ska förstå ärendenas innehåll

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Iakttagelser

Skaraborgs Sjukhus har inte en ekonomi i balans och gör ett negativt ekonomiskt resultat gentemot budget med 177,6 miljoner kronor (-163,6 miljoner kronor föregående år).

Underskottet motsvarar 3,6 procent av omsättningen.

För intäkterna uppgår budgetavvikelsen till minus 49,8 miljoner kronor. De största avvikelserna är inom såld vård internt som ökar mot föregående år men som avviker mot budget med minus 86,8 miljoner kronor. Ersättningar och bidrag har en positiv avvikelse mot budget med 119,8 miljoner kronor.

De totala kostnaderna överstiger budget med 228,8 miljoner kronor. Personal är den största kostnaden och avvikelsen på minus 205,0 miljoner kronor består till hälften av löner och sociala avgifter och den andra hälften av ej budgeterade kostnader för bemanningsföretag. Köp av sjukvårdstjänster har en stor positiv avvikelse till följd av ändrat kostnadsansvar för garantivård men den reduceras något av höga kostnadsposter för köpt högspecialiserad vård utanför Västra Götalandsregionen. Medicinsk service har en positiv avvikelse men den beror på rekryteringssvårigheter inom bild-

och funktionsmedicin. Även övriga kostnader är betydligt högre än budget och det avser kostnadsökningar inom bland annat it och transporter.

Åtgärdsplanen för ekonomi i balans har resulterat i effekter om 110 miljoner kronor jämfört med planerade 250 miljoner kronor över 2021–2022.

Både intäcks- och kostnadsutvecklingen har blivit högre än budget och landar på 3,3 procent respektive 3,4 procent.

Granskning av ekonomistyrning

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens ekonomistyrning.

Budgeten 2022 lades utifrån ett normalår och att sjukhuset inte skulle kompenseras för merkostnader kopplat till pandemin. Skaraborgs Sjukhus budgeterade för ett nollresultat 2022 men bedömde samtidigt att det fanns ekonomiska obalanser motsvarande cirka 250 miljoner kronor. Med hänsyn till regionfullmäktiges tilläggsbudget på 62,5 miljoner kronor uppgick den negativa obalansen till cirka 190 miljoner kronor.

I styrelsens plan för intern kontroll för 2022 har inga ekonomiska risker antagits. Anlitande av bemanningsföretag har dock identifierats som en risk med konsekvensbeskrivningen att bemanningsföretag kan ge negativa ekonomiska effekter. Vid uppföljning i april och oktober konstateras avvikelser och åtgärder vidtas av förvaltningen, bland annat skulle dialog genomföras med varje verksamhetschef.

En handlingsplan antogs i juni 2021 för ekonomi och verksamhet i balans för 2022 och innehöll åtgärder om totalt 250 miljoner kronor från juni 2021 till slutet av 2022. Full ekonomisk effekt förväntades tidigast 2023 men målsättningen var att uppnå en kostnadsnivå i balans med intäkter under hösten 2022. Framtagna åtgärder utgick också från styrelsens beslut den 3 december 2020 att samtliga föreslagna åtgärder skulle bygga på befintlig utbudsstruktur.

Styrelsen har löpande följt upp planerade och genomförda åtgärder enligt åtgärdsplan. Vid uppföljning i februari 2022 konstaterades att åtgärdsplanen gett effekter om totalt 40 miljoner kronor för 2021.

Vid uppföljning för perioden januari till mars 2022 redovisades en uppföljning av åtgärdsarbetet hos verksamheter. Samtidigt redovisades den ackumulerade budgetavvikelsen för perioden januari till mars som uppgick till ett negativt resultat om 62,6 miljoner kronor.

I mars månad genomfördes en presidieöverläggning mellan ägarutskottet och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus. Av anteckningarna framgår att sjukhuset, för att nå en ekonomi i balans, var i behov av en kostnadsutveckling på minus en procent. Samtidigt konstaterades att kostnadsutvecklingen i januari låg på cirka två procent.

Den ackumulerade budgetavvikelsen till och med april månad 2022 uppgick till ett negativt resultat om 79,9 miljoner kronor och inkluderade en intäkt på drygt 33 miljoner kronor som ersättning för merkostnader kopplat till pandemin. Budgetavvikelsen för intäkter uppgick till ett negativt resultat om 26,9 miljoner kronor där den största orsaken var avvikelser inom såld intern vård. I delårsrapport per april prognosticerade sjukhuset ett negativt helårsresultat gentemot budget på 120 miljoner kronor.

Vid uppföljning i maj framgår att prognosticerade effekter av åtgärdsplanen uppgår till 70 miljoner kronor för helåret 2022 och att åtgärdsplanen gett effekter om totalt 15 miljoner kronor för 2022.

I juni månad genomfördes ytterligare en presidieöverläggning mellan ägarutskottet och Skaraborgs Sjukhus. Av anteckningar framgår att prognosen för helår var ett minusresultat på 120 miljoner kronor men det påpekas att den redovisade prognosen i detaljbudget på minus 100 miljoner kronor var det som skulle eftersträvas. Av den beslutade åtgärdsplanen för 2021 och 2022 på 250 miljoner kronor var prognosen att effekten för 2022 låg på 70 miljoner.

Vid uppföljning av planerade och genomförda åtgärder enligt åtgärdsplan den 25 augusti framgår att åtgärdsplanen för 2021–2022 totalt gett effekter om 110 miljoner kronor. Vidare framgår att en djupanalys av åtgärder skulle presenteras i samband med delårsrapport augusti. Samtidigt konstateras att målet att minska övertid hos personal inte varit möjligt.

När delårsrapport per augusti presenterades den 29 september framgick att den ackumulerade budgetavvikelsen uppgick till ett negativt resultat om 140,8 miljoner kronor. Helårsresultatet prognosticerades till ett negativt resultat om 165 miljoner kronor. Effekter av handlingsplan för ekonomi i balans prognosticerades till 65 miljoner kronor under 2022 vilket är lägre än tidigare prognos på 70 miljoner kronor. Sjukhusstyrelsen gav i samband med delårsrapport augusti sjukhusdirektör i uppdrag att revidera liggande handlingsplan för ekonomi i balans och presentera reviderat förslag för styrelsen i oktober. I och med beslutet upphävdes tidigare beslut om att åtgärder för en ekonomi i balans måste utgå från befintlig utbudsstruktur.

Vid regionstyrelsens sammanträde den 18 oktober uppmanades samtliga sjukhusstyrelser att fortsätta arbetet för ekonomi och verksamhet i balans under 2022 i enlighet med lagda beställningar och fastställda detaljbudgetar.

Den 1 december 2022 genomfördes årets sista presidieöverläggning mellan ägarutskottet och Skaraborgs Sjukhus. Av anteckningarna framgår att sjukhuset visar ett ackumulerat per oktober på minus 130 miljoner kronor och en prognos för helår på minus på 165 miljoner kronor. Sjukhuset redovisar de främsta obalanserna som bland annat finns inom merkostnad för bemanningsföretag, övertid, mertid och sjukfrånvaro samt ej uppnådda bas- och tilläggsuppdrag

I december i samband med antagande av detaljbudget 2023, presenterades och antogs reviderad åtgärdsplan för ekonomi i balans för styrelsen. Obalanser i budget för 2023

som behöver hanteras bedöms till 350 miljoner kronor utöver tidigare beslutad åtgärdsplan för ekonomi i balans, vid en uppräknning av intäkterna med 3 procent.

Förändringar i åtgärdsplan för ekonomi i balans för 2023 innebär förändringskrav på verksamhetsområden som motsvarar 200 miljoner kronor. Därtill ger styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ett uppdrag till sjukhusdirektören att ta fram en handlingsplan med förslag till genomförande av strukturella förändringar för att hantera kvarstående ekonomiska utmaningar om 150 miljoner kronor. I beslutet nämns inte åtgärder för att hantera tidigare års underskott.

För 2022 gjorde Skaraborgs Sjukhus ett negativt ekonomiskt resultat om 177,6 miljoner kronor.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar att styrelsen förhållit sig passiv i arbetet med åtgärder för att nå en ekonomi i balans trots återkommande rapportering som visat på prognosticerade helårseffekter för ekonomi som legat under målsättningen.

Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Styrelsens kontrollmiljö beskrivs i form av de lagar och styrande dokument, uppdrag och mål, interna och externa påverkansfaktorer samt beroenden och gränsdragningar till andra verksamheter som styrelsen har att förhålla sig till.

I samband med antagande av detaljbudget påbörjade styrelsen arbete med riskanalys. Vid granskning har vi noterat att cirka en tredjedel av styrelsens ledamöter deltar i riskanalysarbetet. För 2022 identifierades 20 risker varav sju antogs i intern kontrollplan med aktiviteter för kontroll och uppföljning.

Uppföljning av plan för intern kontroll har skett löpande på samtliga sammanträden under året där bland annat sjukskrivningstal, kostnadsutveckling och omställningen följs på varje sammanträde. Det framgår dock inte protokoll hur kontroller genomförts eller dokumenterats i samtliga fall utan är av mer beskrivande karaktär.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att nämnden inte fullt ut har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar att det finns förbättringsområden avseende riskhantering och ändamålsenliga kontroller.

Syftet med internkontrollen är att i görligaste mån utöva kontroll över sådana osäkerhetsfaktorer som negativt kan påverka nämndens resultat, med utgångspunkt i de uppdrag de mål regionfullmäktige har gett styrelsen ansvar för. Det är mot bakgrund av det syftet revisionsenheten framhåller behovet av en ändamålsenlig riskanalys och plan för intern kontroll. Riskanalysen ska inte utgöra en katalog över tänkbara risker, utan en analys av de identifierade riskernas sannolikhet, konsekvenser och möjligheterna att hantera dessa, där hela nämnden är väl insatta och delaktiga. Vidare är det viktigt att arbeta med ändamålsenliga kontroller i plan för intern kontroll. Dessa ska syfta till att följa upp att internkontrollen fungerar, och utgör därmed stickprov på att de inbyggda kontrollerna och rutinerna fungerar och att de efterlevs.

Revisionen rekommenderar styrelsen att i arbetet med intern styrning och kontroll utveckla riskanalys och kontroller.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

- hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov
- effekter av åtgärdsplaner
- strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården
- återbesök i specialiserad vård
- informations- och cybersäkerhet
- personsäkerhet
- systematiskt arbetsmiljöarbete
- effekter av åtgärdsplaner
- läkemedelsförskrivningen

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

Revisionen har granskat hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.⁶

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

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

Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom den regionala särskilda tillgänglighetsledningen. Trots det har insatserna inte gett förväntad effekt. Revisionen bedömer därför att arbetet med att omhänderta det uppdämda vårdbehovet behöver intensifieras.

⁶ Revisionsrapport: Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov (diarienummer REV 2022-00084).

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 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.

Granskningen visar också att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger 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. Revisionens bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

Revisionen lämnade följande rekommendationer med anledning av granskningen:

- 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.

Granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen har granskat effekterna av sjukhusens åtgärdsplaner. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022⁷.

Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Med ett ändamålsenligt och effektivt arbete menas att verksamheten, genom åtgärderna, uppfyller de krav som ställs på verksamhetens omfattning, innehåll och kvalitet.

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skaraborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster.

⁷ Revisionsrapport: Granskning av effekter av åtgärdsplaner (diarienummer REV 2022–00085).

Granskningen omfattade även regionstyrelsen utifrån dess ansvar att ha uppsikt över sjukhusens arbete med åtgärdsplanerna.

Granskningen visade sammantaget att

- sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för att nå en verksamhet och ekonomi i balans i stora delar var ändamålsenliga, men att det fanns förbättringsmöjligheter
- regionstyrelsen bör utveckla formerna för att stödja sjukhusens styrelser i arbetet med att hålla budgeten och nå regionfullmäktiges mål.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att

- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärdena både avseende verksamhet och ekonomi,
- säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet,
- utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus,
- utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen,
- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023⁸.

⁸ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022-00077).

Syftet med granskning har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har särskilt fokuserat särskilt den gemensamma processen för kompetensförsörjningsplaner på såväl utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå. Detta innebär hur väl arbetet är organiserat med avseende på ansvarsfördelning, samt vilka riktlinjer och processer som finns för att planera, genomföra och följa upp samt utöva intern kontroll (dvs. utformningen av styr- och ledningssystemet) av kompetensförsörjning.

Granskningen har omfattat regionstyrelsen och styrelserna för Närhälsan, Regionhälsan, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sjukhusen i väster, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus samt tandvårdsstyrelsen.

Granskningen visar att *regionstyrelsen* har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock på vissa brister i detta system. Bristerna inverkar på styrning- och ledning av kompetensförsörjning koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller:

- att säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.
- att säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- att riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförarstyrelsers process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- att säkerställa att målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskning visar sammanfattningsvis att *utförarförvaltningarnas* styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det regiongemensamma styr- och ledningssystemet. Utförarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur kompetensförsörjningen ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också

att mandat och ansvarsfördelning mellan utförarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. En noterad avvikelse är dock hantering av Sjukhusen i Väster och Närhälsan där kompetensförsörjningsplanen inte fastställs av styrelserna utan av förvaltningschef genom verkställighetsbeslut. I utförarstyrelsernas reglemente anger krav på att samråd ska ske med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning utifrån granskning, analys och slutsats är att regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelsen inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Revisionen lämnar ett antal rekommendationer till regionstyrelsen inom ramen för sitt övergripande ledningsansvar för att samordna och leda regionens verksamheter.

Granskning av återbesök i specialiserad vård

Revisionen har granskat återbesök i specialiserad vård. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022⁹.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelserna säkerställt att patienten kan få vård och uppföljning i form av återbesök i rätt tid ur ett medicinskt perspektiv.

Granskningen omfattade styrelserna för Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus.

Granskningen visade att sjukhusen har en bristande måluppfyllelse för återbesök och att styrelsen har en målsättning som inte är anpassad efter hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. Iakttagelser och bedömningar redovisas i sin helhet i rapporten.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till styrelserna för Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus med anledning av granskningen:

- Revisionen rekommenderar styrelserna att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov.
- Revisionen rekommenderar styrelserna att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste

⁹ Revisionsrapport: Återbesök i specialiserad vård (diarienummer REV 2022-00086).

mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet

Revisionen har granskat Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet.

Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022¹⁰.

Syftet med granskningen var att bedöma om nämnder och styrelser har en tillräcklig styrning och intern kontroll av informationssäkerhetsarbetet för att säkerställa att arbetet sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade arbetet med informations- och cybersäkerhet inom regionstyrelsen, styrelsen för Regionhälsan, fastighetsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Granskningen visade följande:

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har inte en tillräcklig styrning av informationssäkerhetsarbetet, som i nuläget inte sker på ett ändamålsenligt sätt. Väsentliga aktiviteter som informationsklassning och riskbedömning har inte genomförts i enlighet med interna beslut, och utbildningar har inte genomförts i någon större utsträckning. Revisionen ser därmed en risk för informationshanteringen ur såväl ett tekniskt som ett organisatoriskt perspektiv.

Samtliga revisionsobjekt saknar ett systematiskt arbete för att identifiera, hantera och åtgärda risker för att säkerställa en robust informationshantering, samt att utbildningar inom informationssäkerhet inte har genomförts i tillräckligt hög grad. Därmed riskeras en bristfällig mognad och medvetenhet för att skydda information mot interna och externa hot.

Samtliga revisionsobjekt behöver stärka den interna kontrollen av informations- säkerhetsarbetet. I samtliga internkontrollplaner för 2022 saknas relevanta kontrollmoment, och det saknas en samlad uppföljning av regionens arbete.

Revisionen bedömer att den uppföljning som genomförs och presenteras inte är tillräcklig som underlag för utvärdering och beslut om åtgärder. Revisionen lämnar följande rekommendationer till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

¹⁰ Revisionsrapport: Granskning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet (REV 2022–00120).

- Upprätta förvaltnings specifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs.
- Säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp.
- Upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident samt säkerställa att dessa testas med regelbundenhet.
- Vidta åtgärder i syfte att stärka uppföljningsarbetet samt upprätta former för kontinuerlig återrapportering till styrelse/nämnd av det informations-säkerhetsarbete som bedrivs.
- Att även säkerställa att riskbedömning och informationsklassning genomförs av den information som hanteras inom styrelsens verksamhet.

Granskning av Skaraborgs Sjukhus arbete med att säkerställa personsäkerhet

Revisionen har under 2022 granskat styrelsen för Skaraborgs Sjukhus arbete med personsäkerhet. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Skaraborgs Sjukhus verksamhet bedrivs i enlighet med gällande regelverk inom personsäkerhet.

Granskningen har utgått från arbetsmiljöverkets föreskrifter, sjukhusets reglemente, rutin för personsäkerhet och riktlinje för verksamhetsskydd.

Skaraborgs Sjukhus har en organisation för personsäkerhet med en uppgiftsfördelning som följer linjeorganisationen. Skaraborgs Sjukhus följer regionalt framtagna rutiner för arbetet med personsäkerhet. Inom psykiatrien har ytterligare rutiner tagits fram. Revisionen har noterat att det finns system och rutiner för rapportering och hantering av tillbud och olycksfall men att det finns svårigheter att bedöma när respektive medarbetare eller chef ska registrera tillbud. Det har således varit svårt att få en rättvisande överblick över i vilken omfattning tillbud- och olycksfall rapporteras. Detta innebär att det försvårar möjligheterna för förvaltningen att utreda orsakerna *så att risker för hot och våld förebyggs i fortsättningen.

Revisionen bedömer att Skaraborgs Sjukhus verksamhet bedrivs i enlighet med gällande regelverk inom personsäkerhet.

Revisionen vill dock poängtera att det är viktigt att underlag som presenteras till styrelsen gällande personsäkerhet och arbetsmiljö i större utsträckning dokumenteras offentligt. Detta för att underlätta för medborgare och andra intressenter att ta del av underlaget som presenteras för styrelsen.

Revisionen lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.

Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Revisionen har under 2022 granskat det systematiska arbetsmiljöarbetet på Skaraborgs Sjukhus. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Skaraborgs Sjukhus bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete samt förebygger risk för ohälsa på grund av organisatoriska och sociala förhållanden. Syftet har även varit att bedöma om styrelsen har en tillräcklig intern kontroll inom det granskade området.

Granskningen har utgått från kommunallagen, arbetsmiljölagen, Arbetsmiljöverkets föreskrifter, medarbetarpolicyn och regionens guide för hälso- och arbetsmiljöarbetet.

Revisionen har noterat att det saknas en samlad uppföljning för genomförda skyddsronder och har vid förfrågan noterat att skyddsronder inte genomförts hos flera verksamheter. Därtill har revisionen noterat att avvikelserapportering från verksamheter följs upp centralt men att det finns en underrapportering vilket medför en svårighet för styrelsen att följa arbetet och vidta åtgärder vid identifierade brister.

Utifrån granskningen bedömer revisionen att Skaraborgs Sjukhus bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete samt förebygger risk för ohälsa på grund av organisatoriska och sociala förhållanden. Revisionen bedömer även att styrelsen delvis har en tillräcklig intern kontroll inom det granskade området men att materialet med fördel kan bli mer spårbart.

Revisionen lämnar följande rekommendation till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus:

- Säkerställa att samtliga verksamheter genomför årlig skydds rond

Granskning av läkemedelsförskrivning

Revisionen har granskat läkemedelsförskrivningen inom Skaraborgs Sjukhus. Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhuset utformat en ändamålsenlig hantering av läkemedel. Granskningen omfattade läkemedelshanteringen utifrån styrning, organisering, uppföljning, ordnat införande och utmönstring av läkemedel.

Granskningen visade att sjukhuset har utformat ett centraliserat kostnadsansvar där de följer verksamheternas läkemedelsförskrivning och följsamhet till riktlinjerna. Styrningen utgår från chefläkare och apotekare som samordnar informationsflöden och säkerställer att verksamheten har tillgång till statistik över förskrivning på olika nivå.

Sjukhuset arbetar enligt ordnat införande i Västra Götalandsregionen både utifrån att ge patienten den bästa vården och att använda budgeten effektivt. Utmönstring av mindre effektiva läkemedel följs och förskrivande läkare informeras om avvikelser men vilka läkemedel som förskrivs är i slutändan beslut av enskilda läkare utifrån patienternas behov.

Revisionen bedömer sammanfattningsvis att sjukhuset utformat en ändamålsenlig hantering av läkemedel så att förskrivningen av läkemedel sker enligt hälso- och

sjukvårdslagens 1 § krav på god vård. Det finns system för att följa upp förskrivningen vilket sker både utifrån medicinsk evidens och för att möta detaljbudget 2022 Skaraborgs Sjukhus förutsättningar. Revisionen konstaterar dock att det krävs kontinuerliga insatser för att säkerställa att processen hålls levande.

Revisionen lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed¹¹.

Granskningen omfattar

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner har visat på avvikelser avseende

- bokslutsprocessen
- manuella bokföringsorder

I granskningen har det noterats att manuella bokföringsorder inte slutat testas. En attestant ska utgöras av annan person än upprättaren till bokföringsordern.

En generell notering i samband med granskningen av förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen är att det saknas en framtagen riktlinje för vad en manuell bokföringsorder ska bestå av i form av bokföringsunderlag.

I samband med granskning av bokslutsprocessen har det noterats att det inte finns någon systemspärr i Raindance som säkerställer att godkännande och attest av bokföringsorder ej sker av samma person.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i bokslutsprocessen inte är tillräcklig och lämnar därför följande rekommendationer till styrelsen:

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att fyraögonsprincipen införs, det vill säga att en upprättad bokföringsorder alltid attesteras av någon annan än upprättaren.

¹¹ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Deloitte rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderas att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder

Om det ej är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorders, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest ej sker av samma person.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

I granskningen noteras att verksamhetens intäkter per den 31 augusti 2022 avviker negativt mot budget med 33,1 miljoner kronor. Lägre intäkter jämfört med budget beror främst på att kostnadsansvaret för köpt garantivård har flyttats över till hälso- och sjukvårdsnämnderna. Detta medför minskade intäkter jämfört med budget med 52 miljoner kronor. En annan orsak till lägre intäkter än budgeterat är en minskad produktion som bidrar med minskade intäkter om 37,3 miljoner kronor

Bidragsintäkterna avseende framför allt ersättning för merkostnader för covid-19 samt extra lönesatsning till sjuksköterskor överstiger budget med 51 miljoner kronor.

I granskningen noteras att verksamhetens kostnader avviker negativt från budget med 108 miljoner kronor vilket i stort sett i sin helhet beror på högre personalkostnader än budgeterat. Lönekostnader är 44,9 miljoner kronor högre än budgeterat som till stora delar beror på lönesatsningar och kostnader för timanställda, sjuklön, övertid och mertid. Även kostnader för bemanningsföretag överstiger budget med 65 miljoner kronor vilket framförallt beror på rekryteringsvårigheter inom vissa kompetenser.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Deloitte har utfört en översiktlig granskning av årsbokslutet för Skaraborgs sjukhus för räkenskapsåret 2022-01-01 – 2022-12-31. Deloitte's översiktliga granskning har utförts i enlighet med god granskningssed för översiktlig granskning av kommunal verksamhet. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har Deloitte gjort nedanstående bedömningar.

Deloitte har noterat att Skaraborgs Sjukhus per 2022-12-31 har ett negativt eget kapital.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa

Revisionen granskade psykisk ohälsa år 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderade styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och dialog med ledning och styrelsen.

Styrelsen har månatligen fått tillgänglighet redovisad på sammanträden och sjukhuset når en hög tillgänglighet för förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri. Revisionen noterar att införandet av åtgärden ”En väg in” bidragit till högre tillgänglighet för förstabesök.

Styrelsen har gett verksamhetschef för barn- och ungdomspsykiatri i uppdrag att i dialog med verksamheter ta fram förslag på aktiviteter för högre effektivitet vilket resulterat i minskade köer. Åtgärder som vidtagits under året för att förbättra

tillgängligheten för utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri omfattar rekryteringsåtgärder, produktionsplanering och uppföljning, utökad mängd bemanningspersonal, direktupphandling av behandling och tillsatt en ökad mängd gruppbehandlingar.

Styrelsen har sökt stöd av andra sjukhusförvaltningar som inte kunnat omfördela resurser till Skaraborgs Sjukhus.

Revisionen noterar att det fortsatt redovisas bristande tillgänglighet till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa i behov av barn- och ungdomspsykiatriens specialiserade resurser.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisions sed i kommunal verksamhet. God revisions sed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisions sed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022–00045

Revisionsberättelse 2022 för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte fullt ut har varit tillräcklig inom de områden som omfattats av granskningen.

Granskningen visar på betydande brister avseende tillgänglighet till vård och behandling. Vi bedömer att bristerna i tillgänglighet medfört att Södra Älvsborgs Sjukhus inte nått regionfullmäktiges prioriterade mål.

Granskningen visar på brister avseende ekonomisk måluppfyllelse. Revisionen bedömer att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder för en ekonomi i balans och att styrelsen inte skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

Mot bakgrund av de brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en erinran.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionssed i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi – Styrelsen har inte uppnått regionfullmäktiges mål och en ekonomi i balans
- Bristande måluppfyllelse gällande verksamhet – Styrelsen har inte uppnått regionfullmäktiges tillgänglighetsmål och lagstadgad vårdgaranti.
- Brister i styrning och intern kontroll gällande verksamhet – Tillgänglighetsmål nås inte och styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att nå målsättningen.

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00045

2023-03-29

Revisionsrapport:
Styrelsen för Södra Älvsborgs
Sjukhus – granskning av
verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Styrelsens för Södra Älvsborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022–00045

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson och Rickard Johansen.

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet

har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte.

Kvalitetsgranskare: Maria Gabrielsson Fredriksson

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Rekommendationer	5
Utgångspunkter för granskningen	8
Styrelsens ansvar	8
Regionens budget	8
Revisionens granskning.....	9
Grundläggande granskning.....	11
Granskning av måluppfyllelse.....	11
Granskning av styrning och intern kontroll.....	15
Fördjupad granskning.....	17
Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	17
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	18
Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården.....	20
Granskning av återbesök i specialiserad vård	21
Granskning av personsäkerhet.....	22
Granskning av styrelsens reseräkningar	23
Granskning av läkemedelsförskrivning.....	23
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	24
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	24
Granskning av delårsbokslutet	25
Granskning av årsbokslutet	26
Uppföljning av rekommendationer.....	26
Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa	26
Uppföljning av rekommendation avseende systematisk arbetsmiljö	27
Det kommunala ansvarssystemet.....	28
Revisionen i korthet.....	29
Västra Götalandsregionen i korthet.....	30

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av fyra avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning, granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut samt uppföljning av rekommendationer.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen. Granskningen visar att det finns förbättringsområden avseende att

- stärka arbetet för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål
- vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans
- genomföra en tillräcklig intern styrning och kontroll.

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning – måluppfyllelse verksamhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål (2022).
Grundläggande granskning – ekonomi	Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans (2022).
Grundläggande granskning – intern styrning och kontroll	Revisionen rekommenderar styrelsen att i arbetet med intern styrning och kontroll utveckla riskanalys och kontroller (2022).
Granskning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	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 (2022).
Granskning av effekter av åtgärdsplaner	<p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att säkerställa att hela sjukhuset,</p>

	<p>med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir (2022).</p>
Granskning av personsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att verka för att det finns en riskhantering som säkerställer att risker för hot och våld inom sjukhusets verksamheter minimeras (2022).
Granskning av återbesök i specialiserad vård	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att styrelsen får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2022).</p>
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	För att förbättra den interna kontrollen rekommenderas att enheten inför fyraögonprincipen, det vill säga att en upprättad bokföringsorder alltid attesteras av någon annan än upprättaren.

	För att förbättra den interna kontrollen rekommenderas att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder (2022).
Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa	Revisionen rekommenderade styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021).

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente. Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Styrelsen ska bedriva vård vid Södra Älvsborgs Sjukhus med professionell kompetens och säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten. Sjukhusets uppdrag preciseras i vårdöverenskommelsen där det övergripande uppdraget är att ge akut och planerad vård till invånare i Västra Götalandsregionen.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om något eget mål för 2022.

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionsred i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹.

Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Fakta granskning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid faktaavstämmer våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallag (2017:725)
- Förvaltningslag (2019:900)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:13)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budget 2022 samt plan för ekonomin år 2023–2024 för Västra Götalandsregionen (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)

Övriga styrande dokument:

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (regionstyrelsen 2016-02-09)
- Västra Götalandsregionens ärendehandbok (regiondirektören 2017-06-26)
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (regionstyrelsen 2019-05-14)
- Vägledning för nämnder och styrelserns arbete (regionstyrelsen 2017-12-12)
- Rutin för nämnder och styrelserns rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 (ekonomidirektör 2022-01-01)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.
- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant.
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om något eget mål för 2022.

lakttagelser

I Koncernkontorets anvisning för nämnder och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2022 framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. Vid bedömning ska följande punkter kommenteras:

- utfall, hänvisa till indikatorer
- analys, ska förklara den bedömning av måluppfyllnad som görs
- om uppföljningen visar negativ bedömning ska det ingå en redovisning över vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen.

Vidare framgår av anvisningen att koppling av indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde.

Vår granskning har visat att styrelsen har följt upp de mål som regionfullmäktige beslutat om i budget 2022. Uppföljning av målen har skett i delårsrapport april och augusti samt i årsredovisning. Styrelsen har kommenterat utfallet, tagit fram en analys av resultatet och beskrivit eventuella avvikelser samt beskrivit hur arbetet med målet måste gå vidare om målet inte uppnås. En tregradig skala har använts för att bedöma måluppfyllelse avseende mål och fokusområden. Aktiviteter har beslutats som stödjer målarbetet och processen med att nå de fastställda målen. Aktiviteter har även följts upp löpande.

Revisionen vill dock framföra att uppföljning av regionfullmäktiges mål och fokusområden kan utvecklas genom ett större fokus på analys och slutsatser av måluppfyllelse.

I årsredovisningen bedöms målet att ”vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant” som uppfyllt. Resterande valda mål bedöms som delvis uppfyllda.

Granskning av verksamhetsstyrning

Under den här rubriken går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens verksamhetsstyrning.

Tillgänglighet

Sjukhuset har för 2022 valt att arbeta med fullmäktigemålet att stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabesök och behandling. Sjukhuset har följt tillgängligheten månatligen under året och åtgärder för att minska antalet väntande i vårdköer har genomförts. Bland annat har väntetider för magnetröntgenundersökningar arbetats bort under 2022.

Till följd av att beställda bas- och tilläggsvolymerna inte nås får sjukhuset ta kostnader om 2,4 miljoner kronor för köpt garantivård då sjukhuset får betala för patientgrupper där basvolymerna inte uppnås. Vidare får sjukhuset 39 miljoner kronor lägre intäkter än budgeterat då bas- och tilläggsvolymerna inte uppnått. Vid utgången av 2022 var den ackumulerade avvikelsen negativ för produktion inom egen regi och skickande av remisser till extern regi, såväl för förstabesök som för operation. Avvikelserna för operation beror främst på bemanningsproblem inom slutenvård och operation.

Under året har väntande till förstabesök inom vårdgarantins gränser legat mellan 54 och 65 procent. De lägsta nivåerna uppgick till 54 och 55 procent i september respektive augusti och de högsta till 65 procent i december. I december hade närmare 300 patienter väntat mer än ett år på ett förstabesök.

Väntande till operation inom vårdgarantins gränser har under året legat mellan 49 och 67 procent. Drygt 260 patienter har väntat mer än ett år på operation i december.

Tillgängligheten till förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri har ökat väsentligt under året, delvis till följd av införandet av en regiongemensam utredningsenhet. Inom utredning låg antalet väntande inom vårdgarantins gräns som högst på 19 procent under februari månad och som lägst på 3 procent i juli månad. I december ligger väntande till utredning inom barn- och ungdomspsykiatri på 15 procent vilket är lägre än samma period 2021.

Väntande till behandling inom barn- och ungdomspsykiatri inom vårdgarantins gräns uppgick som lägst till 16 procent i november och som högst till 56 procent i mars. I december väntade totalt 209 patienter på en behandling och 170 hade väntat mer än 30 dagar. Ingen patient hade väntat mer än ett år. Väntetider för behandling inom vårdgarantins gränser låg på 18 procent i december vilket är lägre än samma period 2021.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar att det finns brister avseende måluppfyllelse av regionfullmäktiges prioriterade mål.

Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Iakttagelser

Södra Älvsborgs Sjukhus har inte en ekonomi i balans och gör ett ekonomiskt resultat gentemot budget med minus 88,1 miljoner kronor (minus 200,0 miljoner kronor föregående år).

Underskottet motsvarar 2,1 procent av omsättningen.

Intäkterna för såld vård internt är lägre än budget medan övriga erhållna bidrag och övriga intäkter överstiger budget. Totalt sett visar verksamhetens intäkter ett överskott på 36,4 miljoner kronor.

Personalkostnaderna överstiger budget med 144,4 miljoner kronor varav 65,3 miljoner kronor avser ej budgeterade kostnader för bemanningsföretag. Köpt vård och läkemedel har positiva avvikelser medan kostnaderna för material och varor är betydligt högre än budget. Totalt sett är verksamhetens kostnader 126,2 miljoner kronor högre än budget.

Intäktsutvecklingen har varit 1,8 procent medan kostnadsutvecklingen under året har varit minus 0,9 procent.

Granskning av ekonomistyrning

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av styrelsens ekonomistyrning.

Granskningen av ekonomistyrning utgår från att

- budget är upprättad enligt riktlinjer och anvisningar
- beslutade budgetramar följs
- åtgärder vidtas vid bristande måluppfyllelse

Budgeten 2022 är lagd utifrån ett normalår med utgångspunkten att sjukhuset inte skulle kompenseras för merkostnader kopplat till covid-19-pandemin. Styrelsen budgeterade för ett nollresultat för 2022 med en prognos om ett minusresultat gentemot budget på 60 miljoner kronor.

Styrelsen har följt den ekonomiska utvecklingen under året i månads- och delårsrapporter. I delårsrapport per april redovisades ett negativt resultat om 61 miljoner kronor. Budgetavvikelsen berodde främst på högre personalkostnader men också på uteblivna intäkter till följd av lägre produktion än plan. Prognosen för helåret bedömes till ett negativt resultat om 80 miljoner kronor gentemot budget i delårsrapport per april.

Styrelsen har löpande följt upp effekten av åtgärdsplan för ekonomi i balans i månads- och delårsrapporter. I april gav styrelsen i uppdrag till sjukhusdirektören att fortsätta arbetet mot ekonomisk balans.

Styrelsen har identifierat risker relaterat till ekonomin inför antagande av plan för intern kontroll men bedömt att riskerna omhändertas i ordinarie uppföljning under året.

På sammanträde i maj noterade styrelsen att ett förändrat omvärldsläge med bland annat ökad inflation påverkade styrelsens möjligheter att nå en ekonomi och verksamhet i balans.

I delårsrapport per augusti gjorde sjukhuset ett minusresultat på 38 miljoner kronor för perioden vilket motsvarar en total budgetavvikelse på 72 miljoner kronor. Budgetavvikelsen för augusti månad utgjorde ett minusresultat gentemot budget på 3 miljoner kronor. Prognosen för helåret förblev oförändrad i delårsrapport per augusti.

Möten mellan styrelsen och regionstyrelsens ägarutskott har ägt rum i mars och i oktober. På mötena har ekonomiska och verksamhetsmässiga förutsättningar diskuterats med fokus på tillgänglighet, kompetensförsörjning och ekonomi i balans.

Av årsredovisning framgår att årets resultat blev ett minusresultat på 88 miljoner kronor. Sjukhuset har redovisat 55 miljoner kronor i covid-19-kostnader och 39 av dessa har finansierats via regionfullmäktiges tilläggsbudget.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar på bristande följsamhet till av regionfullmäktige beslutad budget.

Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Styrelsens kontrollmiljö beskrivs i form av de lagar och styrande dokument, uppdrag och mål, interna och externa påverkansfaktorer samt beroenden och gränsdragningar till andra verksamheter som styrelsen har att förhålla sig till.

Sjukhuset har två parallella riskidentifieringsprocesser. Den ena processen är presidiet process som påbörjas med workshop i september för att identifiera risker. Den andra riskidentifieringsprocessen sköts av tjänstepersoner och presenteras på presidiummöte. Identifierade risker av presidiet och tjänstepersoner slås därefter samman och presidiet får göra en första prioritering av risker vilket sammanställs i ett beslutsärende och presenteras för styrelsen.

Plan för intern kontroll antogs i december 2021. Det har inte varit aktuellt att anta förnyad riskanalys och plan för intern kontroll under 2022. Fyra risker finns med från föregående års plan för intern kontroll varav risken ”allvarliga risker eller vårdskador uppmärksammas inte” har fått ett höjt riskvärde och ny kontrollåtgärd.

Uppföljning av kontrollåtgärder sker löpande under året. Resultat av uppföljning av kontroller rapporteras till sjukhusstyrelsen eller presidiet enligt tidsangivelser i plan för intern kontroll.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Granskningen visar att det finns förbättringsområden avseende riskhantering och ändamålsenliga kontroller.

Syftet med internkontrollen är att i görligaste mån utöva kontroll över sådana osäkerhetsfaktorer som negativt kan påverka styrelsens resultat, med utgångspunkt i de uppdrag de mål regionfullmäktige har gett styrelsen ansvar för. Det är mot bakgrund av det syftet revisionsenheten framhåller behovet av en ändamålsenlig riskanalys och plan för intern kontroll. Riskanalysen ska inte utgöra en katalog över tänkbara risker, utan en analys av de identifierade riskernas sannolikhet, konsekvenser och möjligheterna att hantera dessa, där hela styrelsen är väl insatta och delaktiga. Vidare är det viktigt att arbeta med ändamålsenliga kontroller i plan för intern kontroll. Dessa ska syfta till att följa upp att internkontrollen fungerar, och utgör därmed stickprov på att de inbyggda kontrollerna och rutinerna fungerar och att de efterlevs.

Revisionen rekommenderar styrelsen att i arbetet med intern styrning och kontroll utveckla riskanalys och kontroller.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

- hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov
- effekter av åtgärdsplaner
- strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården
- återbesök i specialiserad vård
- personsäkerhet
- styrelsens reseräkningar
- läkemedelsförskrivning

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

Revisionen har granskat hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 25 januari 2023.³

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

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

Granskningen visar att styrelserna arbetar för att omhänderta det uppdämnda vårdbehovet och uppfylla regionens mål om tillgänglighet genom den regionala särskilda tillgänglighetsledningen. Trots det har insatserna inte gett förväntad effekt. Revisionen bedömer därför att arbetet med att omhänderta det uppdämnda vårdbehovet behöver intensifieras.

Revisionen har granskat om styrelserna i tillräcklig omfattning planerat och styrt mot regionens tillgänglighetsmål. Granskningen visar bristande målpuppfyllelse ställt till

³ Revisionsrapport: Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov (diarienummer REV 2022–00084).

vårdgarantin men även på regionala ojämlikheter i tillgänglighet. Bristerna är mångåriga. 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 tidplanernas 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.

Granskningen visar också att flera av sjukhusens förvaltningschefer anger 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. Revisionens bedömning är att arbetet med omställningen till nära vård behöver intensifieras.

Revisionen lämnade följande rekommendationer med anledning av granskningen:

- 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.

Granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen har granskat effekterna av sjukhusens åtgärdsplaner. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022⁴.

Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Med ett ändamålsenligt och effektivt arbete menas att verksamheten, genom åtgärderna, uppfyller de krav som ställs på verksamhetens omfattning, innehåll och kvalitet.

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skaraborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster. Granskningen omfattade även regionstyrelsen utifrån dess ansvar att ha uppsikt över sjukhusens arbete med åtgärdsplanerna.

⁴ Revisionsrapport: Granskning av effekter av åtgärdsplaner (diarienummer REV 2022–00085).

Granskningen visade sammantaget att

- sjukhusstyrelsernas arbete med åtgärdsplaner för att nå en verksamhet och ekonomi i balans i stora delar var ändamålsenliga, men att det fanns förbättringsmöjligheter
- regionstyrelsen bör utveckla formerna för att stödja sjukhusens styrelser i arbetet med att hålla budgeten och nå regionfullmäktiges mål.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att

- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod
- utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärdena både avseende verksamhet och ekonomi
- säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet
- utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus
- utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen
- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- utveckla formerna för att stödja sjukhusstyrelsernas arbete med att klara sin budget och nå regionfullmäktiges mål
- utveckla analyserna i delårsrapport och årsbokslut om orsakerna till att sjukhusen år efter år går med ekonomiska underskott
- utveckla formerna för uppföljning med regionala indikatorer, rullande prognoser och dokumentation av resultat
- se till att samtliga sjukhus har tillgång till ett likartat IT-stöd
- utreda regionalt stödjande arbete för nationell benchmarking och omvärldsanalys

Sjukhusstyrelserna och regionstyrelsen uppmanas också att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023⁵.

Syftet med granskning har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har särskilt fokuserat särskilt den gemensamma processen för kompetensförsörjningsplaner på såväl utförarstyrelsenivå som på regiongemensam nivå. Detta innebär hur väl arbetet är organiserat med avseende på ansvarsfördelning, samt vilka riktlinjer och processer som finns för att planera, genomföra och följa upp samt utöva intern kontroll (dvs. utformningen av styr- och ledningssystemet) av kompetensförsörjning.

Granskningen har omfattat regionstyrelsen och styrelserna för Närhälsan, Regionhälsan, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sjukhusen i väster, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus samt tandvårdsstyrelsen.

Granskningen visar att *regionstyrelsen* har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock på vissa brister i detta system. Bristerna inverkar på styrning- och ledning av kompetensförsörjning koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller

- att säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.
- att säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

⁵ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022-00077).

- att riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförarstyrelsers process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- att säkerställa att målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskning visar sammanfattningsvis att *utförarförvaltningarnas* styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det regiongemensamma styr- och ledningssystemet. Utförarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur kompetensförsörjningen ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också att mandat och ansvarsfördelning mellan utförarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. En noterad avvikelse är dock hantering av hos Sjukhusen i väster och Närhälsan där kompetensförsörjningsplanen inte fastställs av styrelserna utan av förvaltningschef genom verkställighetsbeslut. I utförarstyrelsernas reglemente anger krav på att samråd ska ske med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning utifrån granskning, analys och slutsats är att regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelsen inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Revisionen lämnar ett antal rekommendationer till regionstyrelsen inom ramen för sitt övergripande ledningsansvar för att samordna och leda regionens verksamheter.

Hänvisning till:

Rapporten "Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen" (diarienummer REV 2022-00077)

Granskning av återbesök i specialiserad vård

Revisionen har granskat återbesök i specialiserad vård. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 14 december 2022.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelserna säkerställt att patienten kan få vård och uppföljning i form av återbesök i rätt tid ur ett medicinskt perspektiv.

Granskningen omfattade styrelserna för Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus.

Granskningen visade att sjukhusen har en bristande måluppfyllelse för återbesök och i varierande grad följt upp måluppfyllelse och vidtagit åtgärder. Iakttagelser och bedömningar redovisas i sin helhet i rapporten.

Revisionen lämnade följande rekommendationer till styrelserna för Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus med anledning av granskningen:

- Revisionen rekommenderar styrelserna att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov.
- Revisionen rekommenderar styrelserna att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Granskning av personsäkerhet

Revisionen har under 2022 granskat styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus arbete med personsäkerhet. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Södra Älvsborgs Sjukhus verksamhet bedrivs i enlighet med gällande regelverk inom personsäkerhet.

Granskningen har utgått från Arbetsmiljöverkets föreskrifter, sjukhusets reglemente, rutin för personsäkerhet och riktlinje för verksamhetsskydd.

Utifrån granskningen bedömer revisionen att sjukhuset har en ändamålsenlig organisation för personsäkerhet och tillräckliga rutiner inom personsäkerhet samt att dessa är delvis kända för personalen. Vidare bedömer vi att styrelsen inte säkerställt en systematik för att analysera riskerna för hot och våld och otillåten påverkan. Vi bedömer också att riskhantering och tillbudsrapportering behöver förbättras för att säkerställa att risker för hot och våld minimeras och inte normaliseras i fortsättningen.

Revisionsenheten sammanfattande bedömning är att Södra Älvsborgs Sjukhus verksamheter inte fullt ut bedriver arbetet med personsäkerhet i enlighet med gällande lagstiftning och övriga regelverk. Revisionen lämnar därför följande rekommendation till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

- Revisionen rekommenderar styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att verka för att det finns en riskhantering som säkerställer att risker för hot och våld inom sjukhusets verksamheter minimeras.

Granskning av styrelsens reseräkningar

Revisionen har granskat styrelsens reseräkningar utifrån risken för förtroendeskada. Syftet med granskningen var att kontrollera att styrelsens ledamöters resor har bokförts enligt Skatteverkets regler och regionens riktlinjer. Utifrån en sammanställning av reseräkningar gjordes ett urval för kontroll av resornas syften och underlag har ställts mot reglemente, policys och riktlinjer i Västra Götalandsregionen.

Granskningen avsåg nästan uteslutande arvoden för digitala sammanträden. Vidare bestod ersättningarna av förlorad arbetsinkomst, milersättning samt kvitton. Ledamöternas närvaro på aktuella sammanträden har stämts av mot protokoll och fullständiga underlag har inkommit för alla reseräkningar.

Granskningen noterade inga fel och det bedöms ha varit god ordning på underlagen för resekostnader och resorna bedöms vara väl kopplade till styrelsens ansvarsområde.

Revisionen lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.

Granskning av läkemedelsförskrivning

Revisionen har granskat läkemedelsförskrivningen inom Södra Älvsborgs Sjukhus. Syftet med granskningen var att bedöma om sjukhuset utformat en ändamålsenlig hantering av läkemedel. Granskningen omfattade läkemedelshanteringen utifrån styrning, organisering, uppföljning, ordnat införande och utmönstring av läkemedel.

Granskningen visade att sjukhuset har ett decentraliserat kostnadsansvar men sjukhusledningen följer verksamheternas läkemedelsförskrivning och följsamhet till riktlinjerna. Styrningen utgår från läkemedelsapoteket med stöd av chefläkare och apotekare som samordnar informationsflöden och säkerställer att verksamheten har tillgång till statistik över förskrivningen.

Sjukhuset arbetar enligt ordnat införande i Västra Götalandsregionen som hjälper sjukhuset att hålla nere kostnaderna. Det finns en struktur för utmönstring av mindre effektiva läkemedel även om avvikelser kan uppstå. Utmönstring ska följas av respektive verksamhet som ansvarar för kostnaderna och vid behov kan de få ut förskrivningen från respektive läkare.

Revisionsenheten bedömer sammanfattningsvis att sjukhuset utformat en ändamålsenlig hantering av läkemedel så att förskrivningen av läkemedel sker enligt hälso- och sjukvårdslagens 1 § krav på god vård. Det finns system för att följa upp förskrivningen vilket sker både utifrån medicinsk evidens och för att möta förutsättningarna i detaljbudget 2022 Södra Älvsborgs Sjukhus.

Revisionen lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed⁶.

Granskningen omfattar:

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner har visat på avvikelser avseende

- bokslutsprocessen
- manuella bokföringsorder

I samband med granskningen har det noterats att manuella bokföringsorder inte slutattesteras. En attestant ska utgöras av annan person än upprättaren till bokföringsordern. En generell notering i samband med granskningen av förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen är att det saknas en framtagna riktlinje för vad en manuell bokföringsorder ska bestå av i form av bokföringsunderlag.

I samband med granskning av bokslutsprocessen har Deloitte noterat att det inte finns någon systemspärr i Raindance som säkerställer att godkännande och attest av bokföringsorder ej sker av samma person.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i bokslutsprocessen inte är tillräcklig och vi lämnar därför följande rekommendationer till styrelsen:

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att enheten inför fyraögonprincipen, det vill säga att en upprättad bokföringsorder alltid attesteras av någon annan än upprättaren.

Framtagande av en sådan riktlinje rekommenderas för att säkerställa att det till samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

⁶ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderas att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder.

Om det ej är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorders, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest ej sker av samma person.

I slutet av 2022 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Verksamhetens intäkter avviker negativt mot budget med 3,4 miljoner kronor. Avvikelsen beror dels på att sjukhuset har erhållit ökade bidragsintäkter avseende covid-19-ersättning och ersättning för högre sjuklönekostnader uppgående till 42 miljoner kronor. Sjukhuset har minskade intäkter jämfört med budget med 34 miljoner kronor på grund av att köpt vård i extern tillgänglighetssatsning ej har erhållits då utfallet i stället redovisats hos beställaren.

Verksamhetens kostnader överstiger budgeterade kostnader med 69 miljoner kronor. Detta beror bland annat på

- Personalkostnader som avviker negativt mot budget med 75,6 miljoner kronor. Avvikelsen beror främst på ökad kostnad för inhyrda läkare och sjuksköterskor i samband med vakanser samt hög personalomsättning.
- Läkemedelskostnader är 15 miljoner kronor lägre än budgeterat vilket bland annat beror på en prisnedgång som var större än förväntat
- Material och varor har en högre kostnad än budgeterat med 27 miljoner kronor vilket framför allt beror på övrigt sjukvårdsmaterial
- Hyreskostnaderna är också högre än budgeterat med 9 miljoner kronor vilket beror på uppsägning av lokaler som Södra Älvsborgs Sjukhus ännu inte lämnat

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

Deloitte har utfört en översiktlig granskning av årsbokslutet för Södra Älvsborgs Sjukhus för räkenskapsåret 2022-01-01 – 2022-12-31. Deloitte's översiktliga granskning har utförts i enlighet med god granskningssed för översiktlig granskning av kommunal verksamhet. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har Deloitte gjort nedanstående bedömningar.

Deloitte har noterat att sjukhuset per 2022-12-31 har ett negativt eget kapital.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Uppföljning av rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer och kritik. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa

Revisionen granskade psykisk ohälsa år 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderade styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och dialog med ledning och styrelsen.

Styrelsen har månatligen fått tillgänglighet redovisad på sammanträden och sjukhuset når en hög tillgänglighet för förstabetesök inom barn- och ungdomspsykiatri. Revisionen noterar att införandet av åtgärden ”En väg in” bidragit till högre tillgänglighet för förstabetesök.

Revisionen noterar dock att det fortsatt redovisas bristande tillgänglighet till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa i behov av barn- och ungdomspsykiatrins specialiserade resurser.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

Uppföljning av rekommendation avseende systematisk arbetsmiljö

Revisionen granskade systematisk arbetsmiljö år 2021. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka styrningen av systematisk arbetsmiljö, bland annat avseende att säkerställa att skyddsronder genomförs i samtliga verksamheter, att skyddsombud får relevant utbildning och att avvikelser inom arbetsmiljö rapporteras.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och dialog med ledning och styrelsen.

Vi har noterat att ett nytt årshjul för systematiskt hälso- och arbetsmiljöarbete tagits fram och kommer tas i bruk från och med 2023. I årshjulet ingår skyddsronder. Samtliga chefer har under året uppmanats att fylla på sin kompetens inom arbetsmiljöområdet.

En riktad arbetsmiljöutbildning för verksamhetschefer och stabschefer har också genomförts i samarbete med Hälsan och Arbetslivet.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisionssed i kommunal verksamhet. God revisionssed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisionssed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*

Diarienummer: REV 2022-00053

Revisionsberättelse 2022 för tandvårdsstyrelsen

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2022.

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

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning. Årets granskning redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

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

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den uppfyller kraven enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning.

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

Vänersborg den 29 mars 2023

Birgitta Eriksson

Krister Stensson

Ulla Göthager

Sven Liljegren

Ulf Sjösten

Per Waborg

Bo-Lennart Bäcklund

Gun Alexandersson Malm

Marie Engström Rosengren

Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

Revisionen

Västra Götalandsregionen

Tandvårdsstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00053

2023-03-29

Revisionsrapport: Tandvårdsstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Mars 2023

Tandvårdsstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2022

Diarienummer: REV 2022-00053

Revisionen i Västra Götalandsregionen

Yrkesrevisor: Martin Andersson

Granskningen av redovisningsrutiner samt delårsbokslutet och årsbokslutet har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsbyrån Deloitte

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Rapportens innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattande bedömning	5
Utgångspunkter för granskningen	5
Styrelsens ansvar	5
Regionens budget	6
Revisionens granskning.....	6
Grundläggande granskning.....	9
Granskning av måluppfyllelse.....	9
Granskning av styrning och intern kontroll.....	11
Fördjupad granskning	13
Granskning av tandvårdsstyrelsens arbete med tillgänglighet	13
Granskning av tandvårdsstyrelsens arbete med arbetsskador och tillbud	18
Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt Folktandvården i Västra Götalandsregionen.....	21
Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut	24
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner	24
Granskning av delårsbokslutet	24
Granskning av årsbokslutet	24
Det kommunala ansvarssystemet.....	26
Revisionen i korthet.....	27
Västra Götalandsregionen i korthet	28

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört under 2022 avseende styrelsen.

Vi som skriver rapporten är sakkunniga biträden (tjänstepersoner) till de förtroendevalda revisorerna (politiker). Det är även vi som har genomfört granskningarna. Vi är yrkesrevisorer och medlemmar i branschorganisationen Skyrev, som är ett nationellt forum för yrkesrevision.

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, media med flera.

Rapporten är indelad i fyra delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2022.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året som gått. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning av styrelsen. Vi berättar om styrelsens ansvar och de prioriterade mål som regionfullmäktige pekar ut i budgeten. Där går vi även igenom vad det är som styr vår granskning.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Den delen består av tre avsnitt: grundläggande granskning, fördjupad granskning samt granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvars-systemet, revisionens uppdrag och regionen.

Sammanfattande bedömning

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om styrelsen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om den interna kontrollen är tillräcklig.

Att verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt innebär att

- verksamhetens resultat lever upp till regionfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten
- verksamheten klarar att genomföra sitt uppdrag med de resurser som finns
- styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut.

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

- det finns systematiskt ordnade kontroller i organisationen, systemen, processerna och rutinerna, som på en rimlig nivå säkerställer att verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- informationen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig – om verksamheten och om den ekonomiska rapporteringen
- de regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs.

Vår bedömning är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som omfattas av granskningen.

I årsrapporten lämnar vi inga rekommendationer till tandvårdsstyrelsen.

Utgångspunkter för granskningen

Revisionen granskar och bedömer styrelsen dels utifrån det uppdrag som framgår av kommunallagen, dels utifrån det samlade uppdrag och ansvar som framgår av regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

I det här avsnittet går vi först igenom styrelsens uppdrag och ansvar utifrån kommunallagen, regionfullmäktiges budget och styrelsens reglemente.

Därefter redogör vi för vad som styr vår granskning och vilka delar vi granskar.

Styrelsens ansvar

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Regionens budget

Västra Götalandsregionens budget är regionens överordnade styrdokument. Till det kommer andra styrande dokument som ger mer detaljerad inriktning för regionens olika verksamheter.

I budgeten för 2022 finns en matris för tydligare styrning. Matrisen bygger på två övergripande mål som all verksamhet och alla uppdrag ska styra mot:

- Tillsammans för en hållbar och konkurrenskraftig region.
- Tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård.

I matrisen finns även nio utmaningar och tio prioriterade mål. Till målen är 21 fokusområden kopplade som är en form av uppdrag till regionens styrelser och förvaltningar.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har beslutat om följande mål för 2022:

- Skillnader i livsvillkor och tandhälsa ska minska

Styrelsen ska ta hänsyn till målen ihop med lagar och andra föreskrifter vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag.

Revisionens granskning

Granskningen av styrelsen genomförs i enlighet med kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet samt andra styrande dokument som anger preciserade anvisningar för granskningen.

Årlig granskning

Den årliga granskningen av styrelsen utgår från revisorernas riskanalys och genomförs i den omfattning som följer av god revisionsred i kommunal verksamhet¹. Granskningen består av följande delar:

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut.

Revisionens riskanalys

Revisionens riskanalys syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten. Analysen utgår från styrelsens verksamhet, förutsättningar och struktur. Med risker menas händelser och företeelser som hotar eller hindrar att styrelsens uppdrag kan genomföras och att målen för verksamheten nås samt att det sker på avsett och säkert sätt. Riskanalysen är grunden för revisionen när vi planerar vilka granskningar som ska prioriteras under ett år.

Faktaavstämning

Faktaavstämning är en viktig del i all den granskning vi gör. Det innebär att vi alltid stämmer av våra iakttagelser med relevanta tjänstepersoner för att försäkra oss om att vi inte har missuppfattat något.

Revisionskriterier

De bedömningar vi gör utifrån granskningsresultatet grundar sig på det som kallas för revisionskriterier. Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för våra analyser och bedömningar. Det kan exempelvis vara lagar och föreskrifter, regionens mål och riktlinjer, allmänna råd från andra verksamheter med mera.

Nedan ser du vilka revisionskriterier som legat till grund för våra bedömningar av styrelsen 2022.

Lagar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Förvaltningslagen (2019:900)
- Tandvårdslag (1985:125)

¹ God revisionsred formas och utvecklas successivt över tid i det praktiska revisionsarbetet. Det är Sveriges Kommuner och Regioner som uttolkar och dokumenterar seden.

- Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Dokument som är beslutade av regionfullmäktige:

- Budgeten för 2022 (2021-06-07)
- Styrelsens reglemente (2019-06-10)
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (2019-07-01)
- Vägledning för nämnders och styrelser arbete (2017-12-12)

Övriga styrande dokument:

- Ledningssystem för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (regionstyrelsen 2016-02-09)
- Västra Götalandsregionens ärendehandbok (regiondirektören 2017-06-26)

Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen är inriktad på att *översiktligt* bedöma styrelsens måluppfyllelse samt om styrelsen har tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Granskningen består av

- granskning av måluppfyllelse (verksamhet och ekonomi)
- granskning av styrning och intern kontroll.

Den grundläggande granskningen ska vara tillräckligt omfattande för att ge en stabil grund för de bedömningar som vi gör. Omfattningen på den grundläggande granskningen kan variera från en styrelse till en annan, beroende på vad som kommer fram i riskanalysen².

Granskning av måluppfyllelse

Revisionen ska bedöma om verksamheten är ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande. Det gör att det verksamhetsmässiga och ekonomiska resultatet är centralt (måluppfyllelsen). Det handlar om huruvida målen nåtts, men även om styrelsens agerande vid låg måluppfyllelse.

Det är viktigt att styrelsen har en aktiv hållning och vidtar lämpliga och tillräckliga åtgärder för att till exempel följa budgetramen, uppnå fastställda verksamhetsmål och följa målen.

Verksamhet

Granskningen av styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten utgår från att

- den omfattar alla de prioriterade mål och fokusområden som är relevanta för styrelsen och att de vid behov har formulerats om så att de utgår från styrelsens specifika uppdrag och ansvar
- målen har brutits ned så att de blir meningsfulla i styrningen av verksamheten
- styrelsen och förvaltningsledningen har följt upp måluppfyllelsen löpande under verksamhetsåret och vid behov har agerat på bristande måluppfyllelse.

² Riskanalysen syftar till att utifrån en helhetssyn identifiera och analysera de största riskerna i verksamheten.

Granskning av måluppfyllelse – verksamhet

Nedan går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens verksamhet.

Styrelsen har under 2022 valt att arbeta med tre av regionfullmäktiges prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling

I delårsrapport augusti 2022 har styrelsen bedömt måluppfyllelsen för de tre av regionfullmäktiges prioriterade mål som styrelsen arbetat med och angett aktiviteter, indikatorer och uppföljningskommentar för de fokusområden som hör till målen. Styrelsen har bedömt att två av dessa mål kommer att uppnås och att ett mål delvis kommer att uppnås.

I årsredovisningen för 2022 har styrelsen redovisat måluppfyllelsen för de tre målen samt arbetet med fokusområden som hör till de prioriterade målen. Fokusområdena redovisas med aktiviteter, kommentarer/analys och måluppfyllelse. Styrelsen har bedömt att två av regionfullmäktiges prioriterade mål är uppnådda och det är den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras samt skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling. Ett av målen bedöms som delvis uppnått och det är målet invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Ekonomi

Granskning av måluppfyllelse – ekonomi

I det här avsnittet går vi igenom de iakttagelser som vi har gjort i granskningen av måluppfyllelse gällande styrelsens ekonomi.

Granskningen av styrelsens måluppfyllelse kopplat till ekonomi utgår från regionfullmäktiges mål om ett ekonomiskt resultat som är positivt eller åtminstone i balans.

Styrelsens resultat för verksamhetsåret 2022 är plus 49 miljoner kronor vilket är 76 miljoner kronor bättre än budget och 5 miljoner kronor sämre än utfallet föregående år. Ekonomin har successivt stabiliserats under året men effekter från

pandemin har påverkat verksamheten genom hög sjukfrånvaro hos både medarbetare och patienter.

Ingående eget kapital 2022 var 258 miljoner kronor. Årets resultat kommer i samband med sårredovisningen³ att delas upp på konkurrensutsatt verksamhet respektive konkurrensskyddad verksamhet och därefter beräknas hur stor del som ska återbetalas till huvudmannen. Därefter fastställs det utgående egna kapitalet för 2022.

Både intäkter och kostnader har ökat i förhållande till 2021 men är lägre än budgeterade intäkter och kostnader. Verksamhetens intäkter har ökat med 29 miljoner kronor (1,2 procent) jämfört med föregående år men är 8 miljoner kronor lägre än budget. Verksamhetens kostnader har ökat med 33 miljoner kronor (1,4 procent) jämfört med föregående år vilket är 86 miljoner kronor lägre än budget.

De två största posterna som avviker från styrelsens budget avser såld vård internt där utfallet är 21 miljoner kronor lägre än budget och personalkostnader inklusive inhyrd personal där utfallet är 75 miljoner kronor lägre än budget.

I styrelsens affärsplan för 2022 finns beslut om disposition av eget kapital på 27 miljoner kronor. I årsredovisningen för 2022 redovisas att hela den avsatta summan har förbrukats på nio olika satsningar.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av styrning och intern kontroll

Den grundläggande granskningen av styrning och intern kontroll är *översiktlig* och inriktad på att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att leva upp till mål, beslut, lagar och andra föreskrifter. Vi bedömer den struktur som styrelsen har för detta och hur den är integrerad i organisationen, systemen och det löpande arbetet.

³ Statskontoret har kartlagt landstingens ekonomiska redovisning av tandvården. Det konstaterades att redovisningen inte var tillräcklig för att bedöma om det förekommer subventioner inom landstinget eller inte. Landstingen har gemensamt tagit fram en modell för en enhetlig sårredovisning av tandvårdsverksamheten. Inom Västra Götalandsregionen är det folktandvården och specialisttandvården inom sjukhus som på olika sätt bidrar till Sårredovisningens olika delar (Sårredovisning av tandvård Sammanställning VGR 2021).

Granskning av styrmiljö, styrdokument och formalia

Tandvårdsstyrelsen genomför årligen strategi- och utvecklingsdagar där strategiskt viktiga frågor behandlas och detta utgör en del i arbetet med att ta fram en intern kontrollplan. Styrelsen har fastställt en intern kontrollplan och har i särskilt dokument beskrivit sin kontrollmiljö för 2022. Den interna kontrollplanen omfattar tolv kontrollområden som är bedömda efter sannolikhet och konsekvens vilket leder fram till ett riskvärde. För de fem kontrollområden som har värderats med högst risk innehåller den interna kontrollplanen uppgifter om vad som ska kontrolleras, hur det ska kontrolleras, hur ofta uppföljning av kontrollerna ska göras och när det ska rapporteras till tandvårdsstyrelsen.

I årsredovisningen och i ett separat dokument, uppföljning plan för intern kontroll Folk tandvården, redovisas det arbete med intern kontroll som gjorts under året. I årsredovisningen anges att tandvårdsstyrelsens beslut om intern kontroll omfattar två typer av risker:

- risker kopplade till uppdrag inom tandvårdsstyrelsens reglemente
- risker kopplade till affärsplan 2022

I årsredovisningen anger styrelsen att samtliga risker i den interna kontrollplanen är rapporterade under året.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de områden som omfattas av den grundläggande granskningen. Vi lämnar ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Fördjupad granskning

Den grundläggande granskningen ska vid behov kompletteras av det som kallas för fördjupad granskning. Fördjupade granskningar genomförs där riskanalysen eller tidigare granskning visar på stora risker och där vi bedömer att den grundläggande granskningen inte är tillräcklig.

I år har vi granskat följande områden mer på djupet:

- tandvårdsstyrelsens arbete med tillgänglighet
- tandvårdsstyrelsens arbete med arbetsskador och tillbud
- strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen

Granskning av tandvårdsstyrelsens arbete med tillgänglighet

Revisionen har granskat tandvårdsstyrelsens arbete med tillgänglighet.

Syftet med granskningen är att bedöma om tandvårdsstyrelsen bedriver ett ändamålsenligt arbete för att öka tillgängligheten inom Folk tandvården. Granskningen omfattar även narkostandvård.

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning och intervjuer med tjänstepersoner på Folk tandvårdens kansli.

Bakgrund

I Västra Götalandsregionens budget för 2022 anges under rubriken Tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård att varet på utmaningar i form av dålig tillgänglighet och långa köer historiskt har varit att tillföra betydande ekonomiska resurser, liksom att öka antalet medarbetare. Vidare skrivs att tillgängligheten fortfarande är alltför låg och köerna alltför långa och att det krävs insatser för att effektivisera och öka produktiviteten för att klara ekonomin i stort och förbättra tillgängligheten. Vidare anges att vård som patienten behöver ofta ska finnas nära bland annat avseende tandvård. För att lösa problemen med dålig tillgänglighet anges att en rad reformer behöver genomföras för att lösa de i huvudsak organisatoriska systemfel som dagligen drabbar patienter i form av långa köer och personalen i form av en dålig och stressig arbetsmiljö. Digitaliseringens möjligheter ska användas för att ge invånarna en trygg och säker vård som ökar delaktigheten och tillgängligheten samt ger medarbetarna en attraktivare arbetsplats.

Tandvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen erbjuder allmän- och akuttandvård för barn, ungdomar och vuxna men även kliniker inom nio specialitetsområden och cariologi.

Gruppen barn och ungdomar upp till 19 år är en prioriterad grupp i tandvårdsstyrelsens arbete men även lägre prioriterade grupper som vuxna ska enligt tandvårdsstyrelsens budget för 2022 omfattas av arbetet. Tillgängligheten har varit olika bra för dessa grupper och revisionen har bedömt att området ska genomlysas under 2022 för att få en bild av vilka insatser som görs för att nå förbättringar.

Granskningen har också omfattat hur tillgången på narkospass för Folktandvården utvecklats under 2022. Under pandemin har narkostandvården påverkats av den situation som varit på regionens sjukhus vilket medfört försämrad tillgänglighet för patienter som behöver få sin vård utförd under narkos.

Resultat av granskningen

Regionfullmäktige har i sin budget för 2022 angett prioriterade mål för 2022–2024 och fokusområden för 2022. Målen och fokusområdena riktar sig till Västra Götalandsregionens nämnder och styrelser. Ett av de prioriterade målen anger att invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka. De fokusområden som hänger ihop med målet är att stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både första besöket och behandling, öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och att invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka liksom verksamheternas användning av digitala lösningar.

I reglementet för tandvårdsstyrelsen anges att styrelsen ska följa det fullmäktige i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att styrelsen ska fullgöra samt verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer.

Västra Götalandsregionens policy för styrning anger att nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheten som säkerställer att värde för invånarna uppnås. Det innebär att uppdrag fullgörs och mål uppnås i enlighet med regionfullmäktiges beslut. Policyn anger också att intern kontroll är en del av styrningen i regionen och att det innebär att identifiera och värdera risker som underlag för kontroller.

I tandvårdsstyrelsens affärsplan anges att Folktandvården ökar invånarnas tillgång till den vård de behöver genom att nå förvaltningens långsiktiga verksamhetsmål – ökad marknadsandel. I affärsplanen anges vidare att planerade aktiviteter under 2022 för att bidra till ökad tillgänglighet är att öka invånarnas tillgång till digitala vårdformer, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar genom att utveckla och öka antalet digitala vårdmöten, införa digitala kallelser och utveckla en online-tjänst.

Organisering av arbetet

Tandvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen är organiserad i 153 kliniker fördelat på 104 allmäntandvårdskliniker, 47 specialisttandvårdskliniker och två utbildningskliniker.

I tandvårdsstyrelsens affärsplan för 2022 anges aktiviteter för att nå en tillgänglig och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen. En viktig utveckling för att förbättra tillgängligheten anges vara breddinförande av digitala vårdmöten. Affärsplanen anger att det såväl från patienter, tandvårdsstyrelse som medarbetare bedöms som angeläget att utveckla möjligheten att genomföra vissa tandvårdsåtgärder på distans. Åtgärder som anges är efterkontroller efter exempelvis tandutdragningar, råd och bedömningar vid akuta tillstånd, bedömningar av behov av bettfysiologisk vård, rörelseträning samt olika instruktions- och informationsåtgärder.

Tillgången på narkospass för Folktandvården påverkades av situationen på sjukhusen under pandemin. Ett fåtal av de mest akuta patienterna kunde erbjudas narkos under pandemin vilket inneburit att tillgängligheten för de patienter som behöver få sin vård utförd under narkos försämrats. Inför 2022 har flera åtgärder förberetts för att förbättra tillgängligheten till narkosbehandlingar.

Folktandvården är Västra Götalandsregionens vårdgivare i egen regi, och är som sådan en offentlig vårdgivare. Folktandvården är den största aktören avseende tandvård i Västra Götalandsregionen och har en marknadsandel på 52 procent. Till 2027 arbetar Folktandvården med att öka marknadsandelen till 55 procent. Folktandvården bedriver alla typer av allmän- och specialisttandvård samt folkhälsoarbete enligt vårdöverenskommelser.

Allmäntandvården och specialisttandvårdens vuxentandvård är konkurrensutsatt. Av den vuxna befolkningen i Västra Götalandsregionen går 41 procent hos Folktandvården. Alla vårdgivare kan teckna avtal om att bedriva tandvård för personer 3–23 år och 96 procent av dessa är listade hos Folktandvården i Västra Götalandsregionen.

Tillgängligheten till tandvård i regionen blev försämrad under pandemin. Det berodde på att både patienter och personal dels drabbats av sjukdom, dels har patienter ställt in besök för att beakta de restriktioner som Folkhälsomyndigheten tagit fram.

Bland de prioriterade grupperna anges i tandvårdsstyrelsens delårsrapport per sista augusti 2022 att tillgängligheten varit god under året vilket också styrks av presenterat utfall. I delårsbokslutet redovisas också produktionen i antal patientbesök, antal behandlade patienter samt antal mottagna remisser för årets åtta första månader.

Tandvårdsstyrelsens presidium bedömer att organisationen inom Folktandvården är bra men att det i dagsläget är svårigheter att rekrytera rätt kompetenser till vissa tjänster främst tandhygienister, tandsköterskor och vissa specialisttandläkare. Detta uppges främst bero på att det utbildas för få tandhygienister och bristen på tandsköterskor beror dels på pensionsavgångar dels på ökad lönekonkurrens från

privata aktörer. Även avseende specialisttandläkare går en del över till privata aktörer. Svårigheterna med att rekrytera och behålla rätt kompetens bedöms av tandvårdsstyrelsens presidium ha haft negativ påverkan på styrelsens tillgänglighetsmål.

Arbete för att uppnå en förbättrad tillgänglighet

Enligt tandvårdsstyrelsens presidium är arbetet med tillgänglighet en av styrelsens största utmaningar och det är främst inom områdena specialisttandvård och narkostandvård som det finns behov av förbättringar. Tandvårdsstyrelsen följer löpande utvecklingen avseende tillgänglighet för flera grupper

- allmäntandvård för barn och ungdomar
- remitterade patienter med köprioritet 1
- remitterade patienter med köprioritet 2
- allmäntandvård för vuxna patienter
- tillgängligheten för patienter avseende nödvändig tandvård och munhälsobedömning för personer med ett bestående och stort omsorgsbehov i det dagliga livet
- tandvård vid vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar och friskvårdspatienter.

Inom allmäntandvården prioriteras akut tandvård, tandvård till barn, ungdomar och unga vuxna samt tandvård till personer som omfattas av det särskilda tandvårdsstödet. Det särskilda tandvårdsstödet omfattar personer som är folkbokförda i Västra Götaland.

Tandvårdsstyrelsens presidium anger att tillgängligheten har påverkats av svårigheter med att anställa vissa kompetenser. För vissa grupper är kompetensbristen lokal för olika delar av regionen bland annat på grund av lönekonkurrens. För att hantera kompetensbristen har Folktandvården tagit kontakt med högskolor och Myndigheten för yrkeshögskolan för samverkan kring utbildning.

Ett led i arbetet med att förbättra tillgängligheten är att öka invånarnas tillgång till digitala vårdformer och verksamhetens användning av digitala lösningar i enlighet med affärsplanen. Under 2022 har flera aktiviteter genomförts med syfte att öka invånarnas tillgång till digitala vårdformer. Arbetet har omfattat att öka verksamhetens användning av digitala lösningar som utveckling av Folktandvårdens gemensamma digitala klinik, utveckling av digitala vårdmöten, implementering av digitala kallelser, fortsatt införande av 1177-tjänster, införande av digital avtrycksteknik och utveckling av tandvårdens journalsystem T4.

I styrelsens arbete med riskanalys och intern kontroll har tillgänglighetsmålen lyfts fram. I internkontrollplanen anges för sju av tolv identifierade riskområden att det finns risk att tillgänglighetsmålen för 2022 inte nås. Högst risk anges för områdena bemanningsbrist specialisttandläkare och bristande tillgänglighet specialisttandvård, mål inom tre månader.

I styrelsens affärsplan anges att den största utmaningen under 2022 är att nå verksamhet i balans i ett "nytt normalt läge", då uppdämt vårdbehov efter pandemin fortfarande påverkar en del av verksamheten, exempelvis inom narkostandvård.

Uppföljning av genomförda åtgärder

Tandvårdsstyrelsen gör löpande uppföljning av tillgänglighet genom mätning av försenade kallelser. Inom gruppen barn och ungdomar 3–19 år är målet att 95 procent av alla kallelser ska inte vara mer än 3 månader försenade. Tillgänglighetsmålet för vuxna som inte har ett prioriterat vårdbehov är att 88 procent av dessa kallelser inte ska vara mer än 3 månader försenade.

Inom specialisttandvården följs tillgänglighet för prioritet 1 och prioritet 2 för remitterade patienter. Målet för 2022 är att 95 procent (remisser med prioritet 1) och 75 procent (remisser med prioritet 2) av alla remisser ska vara omhändertagna i tid.

I styrelsens delårsrapport för augusti 2022 redovisades de tillgänglighetsmätningar som gjorts hittills. För grupperna allmäntandvård för barn och ungdomar och remitterade patienter med köpprioritet 1 är tillgängligheten 98–100 procent vilket är bättre än målvärdena för 2022 och anges i rapporten med grönt trafikljus. I båda fallen är det redovisade utfallet i nivå med det utfall som redovisades i föregående års mätning. För gruppen allmäntandvård för vuxna patienter är tillgängligheten 79 procent. Det är en förbättring av resultatet från föregående års mätning av samma period men når inte upp till det målvärde som satts till 88 procent. Detta utfall bedöms med ett gult trafikljus. Tillgängligheten för remitterade patienter med köpprioritet 2 anges i delårsbokslutet i augusti till 47 procent. Mätningen avser andel patienter som köat max 90 dagar. Det är en försämring med två procentenheter i förhållande till mätningen året dessförinnan och når inte upp till målvärdet för 2022 som är satt till 75 procent. För denna grupp mäts också antal patienter som väntat mer än 90 dagar och till och med oktober månad låg utfallet för dessa på runt 40 procent under 2022.

Av de sju riskområden som bedöms kunna leda till minskad tillgänglighet i styrelsens internkontrollplan varierar riskvärdet från mindre sannolik till sannolik för de olika riskerna. För fyra av riskområdena anges bemanningsbrist som orsak till risken. För dessa sju riskområden anges vilka kontroller som ska göras, hur riskområdet ska kontrolleras och vilka uppföljningsdatum som finns under året. Kontrollerna anges göras för att följa de risker som uppmärksammas i riskanalysen och utgör ett underlag för riskhantering och riskminimering. I samtliga fall ska kontrollerna rapporteras till tandvårdsstyrelsen.

Tandvårdsstyrelsens presidium anger att tillgängligheten är ett område som följs särskilt under 2022 och med fokus på tandvård som kräver narkos. Narkostandvård har varit ett prioriterat område i flera år för tre grupper som är barn- och ungdomstandvård, käkkirurgi och orofacial medicin men där tillgängligheten försämrades under pandemin. Under 2022 anger tandvårdsstyrelsens presidium att

tillgängligheten för narkostandvård blivit bättre och detta styrks av redovisad statistik avseende antal patienter i kö och antal månader i maxkö som minskat för alla tre grupperna i en jämförelse mellan oktober 2021 och oktober 2022.

Bedömning och rekommendationer

Revisionen bedömer att tandvårdsstyrelsen bedriver ett ändamålsenligt arbete för att öka tillgängligheten inom Folktandvården baserat på att det sker uppföljning som ger tandvårdsstyrelsen tillräckligt med underlag för att bedöma om tillgängligheten förbättras.

Revisionen bedömer att tandvårdsstyrelsen har en ändamålsenlig organisation för att hantera arbetet med att förbättra tillgängligheten för Folktandvårdens patienter och att åtgärder och kontroller som genomförs har utgångspunkt i de mål för förbättrad tillgänglighet som anges i regionfullmäktiges budget för 2022. Det finns områden och patientgrupper där tillgängligheten är för låg men styrelsen redovisar att arbete och planering för att förbättra detta fortgår och det finns mål för att nå ökad tillgänglighet inom dessa områden.

Revisionen bedömer att styrelsen har tillräckliga rutiner för att uppnå en förbättrad tillgänglighet men att arbetet fortsatt behöver prioriteras för att nå resultat.

Ingen rekommendation lämnas.

Granskning av tandvårdsstyrelsens arbete med arbetsskador och tillbud

Revisionen har granskat tandvårdsstyrelsens arbete med arbetsskador och tillbud.

Syftet med granskningen är att bedöma om tandvårdsstyrelsen bedriver ett ändamålsenligt arbete för att minska arbetsskador och tillbud i verksamheten och om tillräcklig uppföljning av arbetsskador och tillbud görs.

Granskningen har genomförts med hjälp av intervjuer och dokumentgranskning. Intervjuer har genomförts med tjänstepersoner på Folktandvårdens kansli.

Bakgrund

Ett fungerande arbetsmiljöarbete är avgörande för att främja god hälsa och förebygga orsaker till ohälsa på jobbet. Det är arbetsgivarens ansvar att arbetsmiljön är god och att ingen blir sjuk, skadar sig eller dör på grund av sitt arbete. Arbetsgivarens ansvar regleras i såväl lagar som föreskrifter. Arbetsmiljölagen (1977:1160) har som ändamål att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.

Arbetsskador är olyckor som händer på arbetet eller på väg till och från arbetet. Det kan också vara sjukdomar som beror på arbetet. Sjukdomarna kan vara både fysiska

och psykiska. En arbetstagare ansvarar inte för att anmäla en arbetsskada, utan behöver bara berätta för sin chef vad som har hänt. Tillbud är händelser som hade kunnat leda till att någon skadas.

Organisering av arbetet med arbetsskador och tillbud

Av regionfullmäktiges reglemente till tandvårdsstyrelsen framgår att styrelsen ansvarar för personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom sitt verksamhetsområde och att styrelsen ska fastställa en instruktion till förvaltningschefen. Reglementet anger också att styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

Av instruktion till tandvårdsdirektör 2019–2022 framgår att tandvårdsstyrelsen har gett förvaltningschefen i uppdrag att se till att de anställdas arbetsmiljö har en tillfredsställande utformning och att linjeansvaret är tydligt inom förvaltningen.

Enligt uppgifter från tjänsteperson på Folktandvården framgår att styrelsen har ett systematiskt arbetsmiljöarbete där det ingår rutiner för att minska arbetsskador och tillbud. Styrelsens systematiska arbetsmiljöarbete uppges vidare omfatta introduktion och fortlöpande kompetensutveckling för chefer och koordinatörer. Nya chefer och koordinatörer genomgår utbildningar i avvikelserapporteringssystemet Medcontrol och arbetsmiljöfrågor som också omfattar tillbud och arbetsskador. Det är först efter genomförd utbildning som en chef får uppgiftsfördelning och arbetsmiljöansvar.

Det görs också utbildningsinsatser i arbetsmiljöarbete och i avvikelserapportering som riktar sig till medarbetarna främst i samband med nyanställning. Dessa utbildningar genomförs lokalt i verksamheten. Medarbetarna får också upplysning om att det finns guider och utbildningar som avser arbetsmiljö och MedControl PRO på Västra Götalandsregionens hemsida.

Folktandvården har en beredningsgrupp för hälso- och arbetsmiljöfrågor med en samordnande och stödjande roll i arbetet med arbetsskador och tillbud. Gruppen utgörs av medarbetare med kompetens inom arbetsmiljö, säkerhet, vårdhygien, miljö och patientsäkerhet för att få in många perspektiv i analysen av arbetsskador och tillbud. Arbetsmiljö, arbetsskador och tillbud i verksamheten omfattas inte av styrelsens internkontrollplan för 2022.

Rutiner för att hantera arbetsskador och tillbud

Folktandvården använder systemet MedControl PRO för att rapportera arbetsskador och tillbud. Systemet är uppbyggt så att det följer metoden för det systematiska arbetsmiljöarbetet genom att undersöka en händelse, riskbedöma, åtgärda och följa upp.

Tjänsteperson anger att inom det systematiska arbetsmiljöarbetet finns rutiner för att minska arbetsskador och tillbud. Detta arbete omfattar skyddsronder för fysisk arbetsmiljö, hot och våld, organisatorisk och social arbetsmiljö samt rutiner och

checklistor för skyddsutrustning, rutin stick- och skärskador med förebyggande åtgärder, risk- och konsekvensbedömningar vid förändringar i verksamheten.

Förvaltningens arbetsplatsträffar är viktiga informationstillfällen för att nå ut med åiterrapportering, information och nyheter bland annat avseende tillbud och arbetsskador.

Tandvårdstyrelsen följer rutinen i guiden för hälso- och arbetsmiljöarbete som heter Guide - Tillbud och arbetsskada. Denna guide ges ut av Västra Götalandsregionen och omfattar bland annat hur dokumentation ska göras, före-under-efter-och uppföljning vid tillbud och arbetsskador, checklistor, ansvar och roller.

Uppföljning och kontroll

Styrelsens uppföljning och kontroll av arbetsskador och tillbud utgår från det som rapporterats i MedControl PRO. Arbetet med uppföljning och kontroll följer rutinen tillbud och arbetsskada i guiden för hälso- och arbetsmiljöarbete. Tjänsteperson i förvaltningen uppger att registreringen av arbetsskador och tillbud i MedControl PRO förbättras med tiden men det finns troligen en del tillbud som inte registreras. En orsak till det kan vara att systemet upplevs som krångligt av användarna i vissa delar.

Genom att följa arbetssättet i MedControl PRO handläggs inrapporterade arbetsskador och tillbud på ett systematiskt sätt där uppföljning ingår. Uppföljningen sker på arbetsplatsen där händelsen inträffat.

Från 2023 finns det en aktivitet för uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet i årshjulet i systemet Plan och Styr med syfte att stödja verksamhetens arbetsmiljö. Denna aktivitet omfattar uppföljning av tillbud och arbetsskador och är kopplad till ett rapporteringskrav som kan följas upp på övergripande organisationsnivå.

Beredningsgruppen för hälso- och arbetsmiljöfrågor gör en årlig sammanställning och analys av samtliga inrapporterade arbetsskador och tillbud på förvaltningen. Denna sammanställning redovisas årligen på tandvårdsledning, förvaltningens samverkansgrupp och tandvårdsstyrelsen.

I granskningen har vi tagit del av statistiken avseende arbetsskador och tillbud för januari till december 2022. Av sammanställningen framgår att den baserats på en metod som omfattar att undersöka, riskbedöma, åtgärda och följa upp. Undersökningens delar gäller vilka risker för ohälsa och olycksfall som finns i arbetet och den omfattar både fysiska, sociala och organisatoriska förhållanden. Sammanställningen beskriver utvecklingen av arbetsskador och tillbud i jämförelse med tidigare år och vilken typ av arbetsskada eller tillbud som har inträffat.

2022 års arbete med arbetsskador och tillbud, statistik över utvecklingen för olika typer av händelser samt jämförelse med tidigare år har avrapporterats till styrelsen i början av 2023. Av rapporten framgår att psykisk ohälsa/psykosociala faktorer är den typ av arbetsskada och tillbud som haft flest noterade händelser under 2022.

Bedömning och rekommendationer

Revisionens bedömning är att tandvårdsstyrelsen bedriver ett ändamålsenligt arbete för att minska arbetsskador och tillbud i verksamheten och att tillräcklig uppföljning av arbetsskador och tillbud görs.

Ingen rekommendation lämnas.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen

Revisionen har granskat strategisk kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar den 22 februari 2023⁴

Ansvariga styrelser i granskningen har varit regionstyrelsen, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus samt tandvårdsstyrelsen.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen och ansvariga utförarstyrelser har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och en tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning. Med ändamålsenlig avses att styrning, uppföljning och intern kontroll utformas och bedrivs i enlighet med reglemente och i förhållande till fullmäktiges riktlinjer och mål för hälso- och sjukvården samt målet om att vara en attraktiv arbetsgivare.

Granskningen har inriktats på att bedöma den övergripande strukturen för styrning och ledning av strategisk kompetensförsörjning av kritiska yrkeskategorier och kompetenser och har inriktats på styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförarstyrelsenivå och på regiongemensam nivå.

Granskningen visar att regionstyrelsen har utformat ett regiongemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning. Granskningen påvisar dock vissa brister i detta system. Bristerna inverkar på styrning och ledning av kompetensförsörjning på koncerngemensam nivå samt utförarnivå. Brister bedöms föreligga vad gäller

- säkerställa att systematiska samråd hålls mellan utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi.

⁴ Revisionsrapport: Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt tandvården i Västra Götalandsregionen (diarienummer REV 2022-00077).

- säkerställa att samordningsråden inom koncernledning hälso- och sjukvård genomför sitt uppdrag att arbeta tillsammans med kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt som en del av arbetet med ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- riktlinjer beslutats för regionstyrelsens styrning av den årliga processen för beredning och beslut av den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, och att riktlinjer beslutats för styrning av utförrarstyrelsers process för beredning och beslut av styrelsespecifik kompetensförsörjningsplan. I dessa är en central aspekt att klargöra styrningen av integration av kompetensförsörjningsplaner i budget på regionnivå och förvaltningsnivå.
- säkerställa att målkriterierna för området kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget svarar upp mot insatser i kompetensförsörjningsplanerna i dess helhet.

Granskningen visar sammanfattningsvis att utförrarstyrelsernas styrning och ledning med kompetensförsörjningsplaner i huvudsak följer det gemensamma styr- och ledningssystemet i Västra Götalandsregionen. Utförrarstyrelsernas kompetensförsörjningsplaner beskriver tydligt hur strategisk kompetensförsörjning ska ske för att nå regionens mål. Granskningen visar också att mandat och ansvarsfördelning mellan utförrarstyrelserna och förvaltningarna samt inom förvaltningarna i huvudsak är tydligt fördelat och följer regionfullmäktiges och regionstyrelsens riktlinjer för området. En noterad avvikelse är dock hantering hos Sjukhusen i väster och Närhälsan där kompetensförsörjningsplanen inte fastställs av styrelserna utan av förvaltningschef genom verkställighetsbeslut. I utförrarstyrelsernas reglementen anges krav på att samråd ska ske med övriga utförrarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi. Granskningen visar att politiska samråd inte har skett på ett systematiskt sätt under verksamhetsåret gällande strategisk kompetensförsörjning.

Revisionens samlade bedömning är att regionstyrelsen och ansvariga utförrarstyrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av strategisk kompetensförsörjning, av vad som följer av reglementet för regionstyrelsen samt mål för hälso- och sjukvården och målet om att vara en attraktiv arbetsgivare. Revisionen bedömer emellertid att det i första hand åligger regionstyrelsen att säkerställa och utveckla det regiongemensamma styr- och ledningssystemet.

Revisionen riktar fem rekommendationer till regionstyrelsen med syftet att åtgärder vidtas för att stärka styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförrarstyrelsenivå och på regiongemensam nivå. Rekommendationerna omfattar politiska samråd mellan utförrarstyrelser, riktlinjer för beredning och beslut av kompetensförsörjningsplaner, utveckling av målkriterierna kompetensförsörjning i riktlinjer för detaljbudget, samt utveckling av den interna kontrollen.

Revisionen rekommenderar utförarstyrelserna för Sjukhusen i väster och Närhälsan att besluta om kompetensförsörjningsplaner på styrelsenivå.

Hänvisning till:

Rapporten ”Fördjupad granskning - Strategisk kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården samt Folktandvården i Västra Götalandsregionen” (diarienummer REV 2022-00077).

Granskning av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut

Styrelsen ansvarar för att räkenskaperna är rättvisande och upprättade i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed⁵.

Granskningen omfattar:

- granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner
- översiktlig granskning av delårsbokslutet för 2022 (januari–augusti)
- granskning av årsbokslutet för 2022.

Granskningen av delårsbokslutet är översiktlig, till skillnad från den mer omfattande granskningen av årsbokslutet.

Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar:

- manuella bokföringsordrar
- bokslutsprocessen

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig inom de granskade områdena. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av delårsbokslutet

Revisorerna granskar delårsbokslutet översiktligt, vilket innebär att granskningen är inriktad på en övergripande analys och inte på detaljer i redovisningen.

Revisionen bedömer att delårsbokslutet i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed i kommunal verksamhet. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2022 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

⁵ Vad som är god redovisningssed uttolkas av Rådet för kommunal redovisning.

Revisionen bedömer att styrelsens årsbokslut i allt väsentligt är upprättat i enlighet med lagen om kommunal bokföring och redovisning samt god redovisningssed. Vi lämnar därför ingen rekommendation med anledning av granskningen.

Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet – beslutande (fullmäktige), beredande och verkställande (styrelse, nämnder, bolag och beredningar) och granskande (revisionen).

Fullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Fullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Fullmäktige är också uppdragsgivare för revisorerna och beslutar om revisionens organisation och resurser.

Styrelse, nämnder och beredningar förvaltar och genomför verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Fullmäktige utser förtroendevalda revisorer för att granska de beredande och verkställande organen. Revisorerna granskar, med stöd av sakkunniga, verksamheten och prövar ansvarstagandet samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En grundbult i den lokala demokratin är möjligheten till insyn och kontroll och att kunna utkräva ansvar. När ansvarsfulla samhällsuppdrag utförs är det viktigt att kunna följa upp och försäkra sig om att verksamheten utförs på ett önskat och säkert sätt och att kunna ställa någon till ansvar om det finns brister. Granskning och ansvarsprövning är därför väsentliga delar i den demokratiska kontrollen, de bidrar till att skapa legitimitet och förtroende hos medborgarna, men också till styrning och säkerhet i verksamheten.

Det är de förtroendevalda som fullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har detta ansvar och som prövas. Det främsta underlaget till fullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

*

Revisionen i korthet

Enkelt uttryckt kan man säga att revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer.

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer (politiker). Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige, markeras en demokratisk vilja att tillförsäkra fullmäktige – och därigenom även medborgarna – insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmannarevisorerna motsvarande uppdrag.

Uppdraget regleras bland annat av kommunallagen och aktiebolagslagen, men även av det som kallas för god revisions sed i kommunal verksamhet. God revisions sed formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god sed har regionfullmäktige även beslutat om ett reglemente som styr revisionens arbete.

Revision förutsätter oberoende och oberoendet är centralt för revisionens trovärdighet och legitimitet. Oberoende innebär att stå fri gentemot den som granskas och att självständigt och objektivt – alltså sakligt och opartiskt – granska och pröva. Oberoendet skyddas av ett antal formella regler.

Revisorerna ska biträddas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar. Sakkunniga är i regel yrkesrevisorer, men det kan även vara andra specialister (exempelvis jurister). Att det ska vara så framgår av kommunallagen, aktiebolagslagen och god revisions sed i kommunal verksamhet.

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: www.skr.se.

*

Västra Götalandsregionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kultur, kollektivtrafik och regional utveckling i Västra Götaland.

Regionens verksamheter styrs av politiska beslut. Det är regionfullmäktige som beslutar om övergripande mål och prioriteringar. Regionfullmäktige har 149 ledamöter som väljs av medborgarna i Västra Götaland.

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige samt alla nämnder, styrelser, kommittéer, utskott och beredningar. Det är regionfullmäktige som utser ledamöterna i nämnder och styrelser och ger dem de uppdrag som behövs för att verksamheterna ska fungera. I Västra Götalandsregionen finns cirka 1100 politiska uppdrag. Politikerna kommer från hela Västra Götaland och de flesta sköter sina politiska uppdrag på fritiden.

Det är politikernas uppgift att besluta om verksamheternas inriktning, ekonomi, mål och prioriteringar. Sedan är det tjänstepersonernas uppgift att driva och utveckla verksamheterna utifrån de politiska besluten.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av en regiondirektör. Regiondirektörens uppdrag är att genomföra de politiska besluten tillsammans med regionens drygt 56 000 anställda.

Verksamheterna är organiserade i förvaltningar och bolag som alla har en politisk styrelse. Exempel på förvaltningar är sjukhusen, Närhälsan och Folk tandvården. Exempel på bolag är GöteborgsOperan och Västtrafik.

Inom förvaltningarna och bolagen utförs olika typer av verksamheter. Den operativa verksamheten leds av en förvaltningschef eller vd, som arbetar utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd, styrelse eller bolag. Verksamhetens ledning har också ansvar för att ta fram underlag till sin nämnd eller styrelse.

Västra Götalandsregionens vision – Det goda livet – är regionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna genom de fyra kommunförbunden i Västra Götaland, och med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

*