

Till regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB.

Granskning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter (REV 2023-00099)

Revisionen har granskat det förebyggande arbetet mot oegentligheter i Västra Götalandsregionen. Granskningen omfattar regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB.

Syftet med granskningen var att bedöma om regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i verksamheten.

Granskningens fokus har varit att bedöma styrelsernas utformning av styrningen och den interna kontrollen avseende det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Granskningen har inte syftat till att upptäcka indikatorer på, eller eventuell förekomst av, oegentligheter. Granskningen har inte heller omfattat välfärdsbrottslighet.

Vår bedömning är att regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i verksamheten.

Vi lämnar följande rekommendation med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB att utveckla det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Vi önskar få ett yttrande från er senast den 29 mars 2024. Det ska framgå av yttrandet vilka åtgärder som ni har gjort eller planerar att göra med anledning av de rekommendationer som vi lämnar. Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

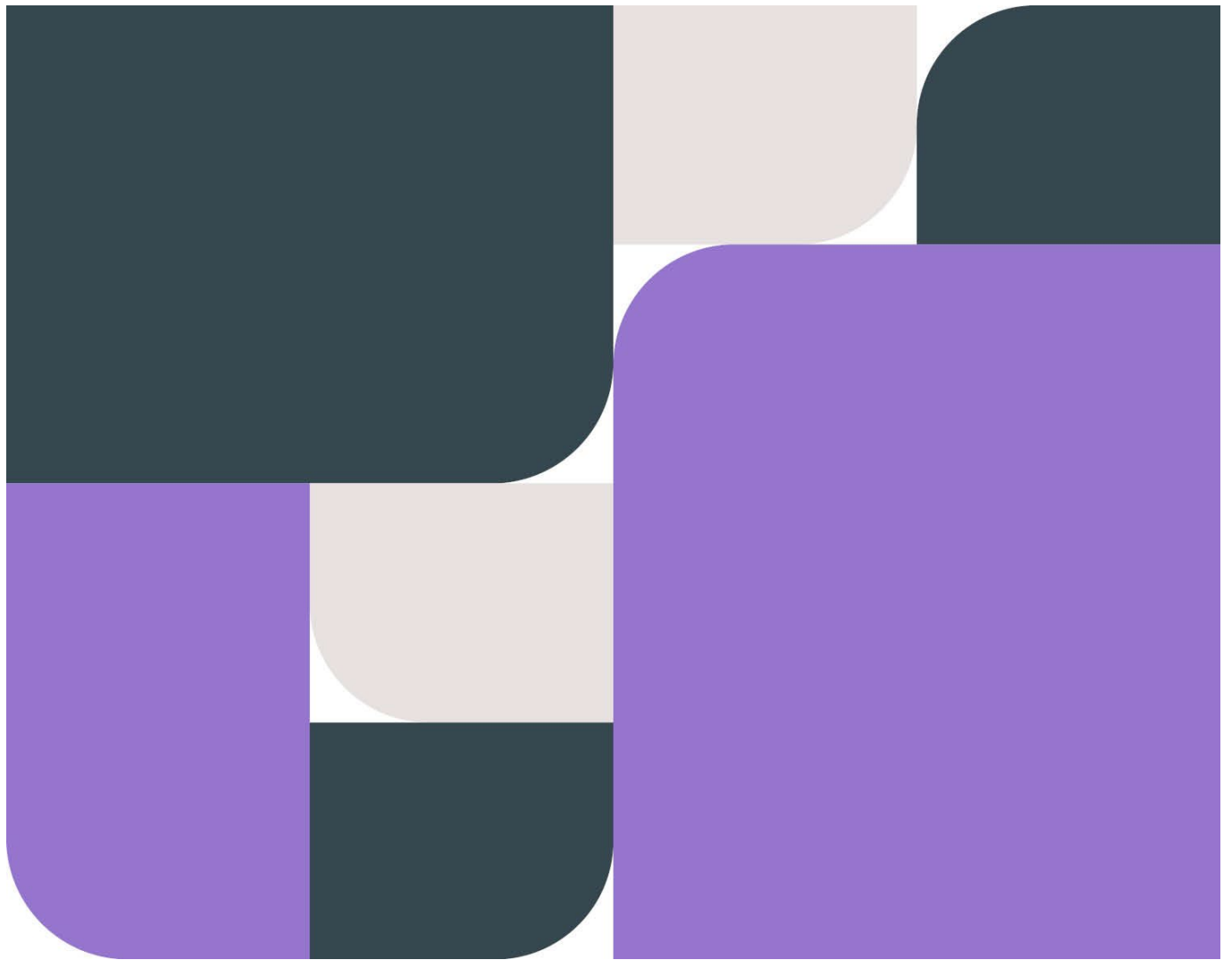
Revisionsrapporten översänds för yttrande till regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service och styrelsen för Göteborgsoperan AB samt för kännedom till regionfullmäktiges presidium.

Vänerns borg den 29 november 2023

För revisorskollegiet,

Krister Stensson,
ordförande

Vivi-Ann Nilsson,
vice ordförande



Revisionsrapport
2023-11-29

Granskning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter

Datum: 2023-11-29

Dokumentnamn: Granskning av det förebyggande arbete mot oegentligheter

Diarienummer: REV 2023-00099

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand (granskningsansvarig) och Martin Andersson

Kvalitetsgranskare: Anna Stenberg

www.vgregion.se/revision

Innehåll

Läsanvisning.....	4
Sammanfattning.....	5
Syfte och avgränsning.....	5
Resultat och rekommendationer.....	5
Utgångspunkter.....	7
Bakgrund.....	7
Syfte och revisionsfrågor.....	8
Avgränsning.....	8
Revisionskriterier.....	8
Ansvariga styrelser.....	9
Metod.....	9
Resultat.....	10
Har styrelserna utformat en god styr- och kontrollmiljö avseende arbetet mot oegentligheter?.....	10
Riktlinjer och rutiner för att förebygga oegentligheter.....	12
Organisering av det förebyggande arbetet.....	13
Hantering av jäv och bisyssla.....	14
Bedömning.....	15
Finns det en riskhantering som säkerställer att risker för oegentligheter kan minimeras?.....	17
Bedömning.....	19
Sprids information till medarbetare om det förbyggande arbetet på ett tillräckligt sätt?.....	20
Information och kommunikation.....	20

Utbildning	22
Bedömning	24
Har styrelserna säkerställt en tillräcklig uppföljning och återrapporering av det förebyggande arbetet mot oegentligheter?	25
Bedömning	26
Sammanfattande bedömning	27
Rekommendationer	28
Det kommunala ansvarssystemet.....	29
Revisionen i korthet	30
Regionen i korthet	31

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört inom området förebyggande arbete mot oegentligheter.

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 de styrelser som vi har granskat samt tjänstepersonerna i förvaltningarna och bolagen, 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 den granskning som vi har genomfört.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattning. Där får du snabbt en bild av det vi har kommit fram till i granskningen. Där hittar du också den rekommendation som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning, det vill säga det som ramar in granskningen. Där ser du även vilka styrelser som omfattas av granskningen.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Där går vi igenom de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort i granskningen. Sist i det avsnittet hittar du en sammanfattande bedömning samt den rekommendation som vi lämnar med anledning av granskningen.

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

Sammanfattning

Offentlig verksamhet bygger på demokrati, rättssäkerhet, effektivitet och förtroende. En viktig del för regionen, när det gäller förtroende-frågan, är att arbeta aktivt mot oegentligheter.

Oegentligheter är ett övergripande begrepp för oönskade beteenden, som exempelvis korrupktion och förtroendeskadligt agerande. Det kan till exempel handla om avsiktliga eller oavsiktliga fel i beslutsfattande och myndighetsutövning.

Revisionen har under 2023 granskat regionens förebyggande arbete mot oegentligheter. Granskningen omfattar

- regionstyrelsen
- styrelsen för fastighet, stöd och service
- styrelsen för Göteborgsoperan AB.

Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelserna säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i sina verksamheter.

Vårt fokus i granskningen har varit att bedöma styrelsernas *utformning* av styrning och intern kontroll när det gäller det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Vi har alltså inte fokuserat på att upptäcka tecken på, eller förekomst av, oegentligheter. Granskningen har inte heller omfattat välfärdsbrottslighet.

Resultat och rekommendationer

Revisionen bedömer att styrelserna *delvis* har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i verksamheten. Vi *rekommenderar* därför styrelserna att utveckla sitt förebyggande arbete mot oegentligheter. Nedan går vi igenom det viktigaste som har kommit fram i granskningen.

Granskningen visar alltså att de granskade styrelserna har brister i sin styrning och interna kontroll när det gäller att förebygga oegentligheter. Det innebär att riskerna för oegentligheter ökar, vilket i sin tur kan leda till att förtroendet för regionen påverkas. Det innebär också att det kan leda till

ekonomisk
skada för regionen.

Styrelserna behöver utveckla arbetet med att förebygga, upptäcka och förhindra oegentligheter i flera delar, men det finns tre delar som vi särskilt vill lyfta fram:

1. Styrelserna behöver utveckla de dokument som styr det förebyggande arbetet mot oegentligheter – både på övergripande och lokal nivå.

Granskningen visar att

- regionstyrelsen behöver utveckla de dokument som styr regionens arbete med att förebygga oegentligheter på en övergripande nivå
- regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service saknar dokumenterade, anpassade rutiner för arbetet med att förebygga oegentligheter på lokal nivå
- Göteborgsoperan har tagit fram dokument som styr det egna arbetet med att förebygga oegentligheter men då endast till viss del.

2. Styrelsernas riskhantering för oegentligheter behöver utvecklas.

Granskningen visar att

- en övergripande riskanalys för hela regionen är under utveckling, med fokus på oegentligheter
- styrelserna saknar en samlad bild över vilka den egna verksamhetens risker är och inom vilka områden de finns. Det innebär att det saknas en viktig och grundläggande del i deras förebyggande arbete mot oegentligheter. Det gör även att det är svårt för oss att bedöma om riskerna för oegentligheter blir tillräckligt belysta och om de hanteras tillräckligt väl.

3. Styrelserna behöver se till att uppföljningen av det förebyggande arbetet mot oegentligheter genomförs och att det återrapporteras till dem.

Granskningen visar att

- regionstyrelsens uppföljning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter inte omfattar den egna verksamheten, det vill säga koncernkontoret
- den uppföljning som styrelsen för fastighet, stöd och service gör inte belyser alla delar av det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

- Göteborgsoperan gör viss uppföljning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter men inte på ett systematiskt och samlat sätt. Vi kan därmed inte bedöma om den är tillräcklig.

Utgångspunkter

Bakgrund

Offentlig verksamhet bygger på demokrati, rättssäkerhet, effektivitet och förtroende. En viktig del i att upprätthålla förtroendet är att Västra Götalandsregionens verksamheter aktivt arbetar mot oegentligheter. Oegentligheter är ett övergripande begrepp för flera oönskade beteenden som även omfattar korrupktion och förtroendeskadliga ageranden, som exempelvis avsiktliga eller oavsiktliga fel i beslutsfattande och myndighetsutövning.¹

Enligt regionens riktlinje för verksamhetsskydd² ska nämnder och styrelser ha system och organisation för att förebygga, förhindra och upptäcka ageranden som står i strid med lagar och regionens regelverk.

Av regionens rutin för oegentligheter³ framgår att medarbetare och förtroendevalda ska hålla sig opartiska i sina uppdrag, hantera de pengar som regionen förvaltar effektivt och med gott omdöme och inte erbjuda eller ta emot pengar eller otillbörliga gåvor eller förmåner. Vidare framgår att all tjänsteutövning ska vara saklig och objektiv vilket innebär att släktskap, vänskap eller andra privata relationer inte får påverka tjänsteutövning och beslutsfattande. Vid osäkerhet i tjänsteutövningen är utgångspunkten försiktighetsprincipen vilket innebär att det kan vara bäst att avstå från att delta i hanteringen av ärendet ”för säkerhets skull”.

Nämnders och styrelsers systematiska arbete med intern kontroll är därmed väsentligt i arbetet mot oegentligheter. Att förebygga, upptäcka och hantera såväl risken för som faktiska oegentligheter är viktiga uppgifter för verksamheterna. Brister nämnden eller styrelsen i det arbetet kan det leda till förtroendeskada för den regionala verksamheten men även ekonomisk skada.

¹ ESV 2016:24 Vägledning. ”Oegentligheter och intern styrning och kontroll. Att komma vidare i arbetet med att förebygga och upptäcka oegentligheter”

² Riktlinje Verksamhetsskydd (RS 2018-00129)

³ Rutin Oegentligheter 2020-2025 (RS 2020-06588)

Revisionen har beslutat att genomföra en fördjupad granskning av regionens förebyggande arbete mot oegentligheter.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i verksamheten.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Har styrelserna utformat en god styr- och kontrollmiljö avseende arbetet mot oegentligheter?
- Finns det en riskhantering som säkerställer att risker för oegentligheter kan minimeras?
- Sprids information till medarbetare om det förebyggande arbetet på ett tillräckligt sätt?
- Har styrelserna säkerställt en tillräcklig uppföljning och återrapportering av det förebyggande arbetet mot oegentligheter?

Avgränsning

Granskningens fokus är att bedöma styrelsernas utformning av styrningen och den interna kontrollen avseende det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Granskningen syftar inte till att upptäcka indikatorer på, eller eventuell förekomst av, oegentligheter. Granskningen omfattar inte heller välfärdsbrottslighet.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I den här granskningen utgår vi från följande revisionskriterier:

- Kommunallag (2017:725)
- Lag (1982:80) om anställningsskydd, 6 i §
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)
- Policy Säkerhet och beredskap i Västra Götalandsregionen (RS 2018–00129)
- Riktlinje Verksamhetskydd (RS 2018–00129)
- Rutin Oegentligheter 2020–2025 (RS 2020–06588)

- Riktlinje Inköp (RS 2021–01977)
- Rutin Bisysslor för anställda inom Västra Götalandsregionen (Dokument-ID: RS8630-1138324516-25)
- Regional riktlinje Visselblåsning vid rapportering av missförhållanden (RS 2022–01146)
- Reglemente för Regionstyrelsen (RS 2022–04495)
- Reglemente för styrelsen för fastighet, stöd och service (RS 2022–04495)
- Ägardirektiv för Göteborgsoperan AB (RS 2023–00183)
- Kod mot korruption i näringslivet (Institutet mot mutor, 2020)
- Regeringens handlingsplan mot korruption 2021–2023⁴.

Ansvariga styrelser

Granskningen har omfattat regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB.

Metod

Granskningen har utförts genom analys av relevanta dokument och intervjuer med tjänstepersoner på respektive verksamhet.

⁴ Ett utvecklat arbete mot korruption i den offentliga förvaltningen – Handlingsplan mot korruption 2021–2023, Regeringskansliet.

Resultat

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i verksamheten.

Under granskningens genomförande har regionens Policy styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491) upphört att gälla. Vi har tagit del av förslaget på reviderad policy som varit ute på remiss under våren 2023.⁵ Av förslaget kan vi konstatera att de delar som används i granskningen som underlag för analyser, slutsatser och bedömningar är oförändrade mot tidigare gällande policy.

Resultatet redovisas utifrån granskningens fyra revisionsfrågor.

Har styrelserna utformat en god styr- och kontrollmiljö avseende arbetet mot oegentligheter?

Av regionstyrelsens reglemente⁶ framgår att styrelsen får besluta om regiongemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner och anvisningar inom området säkerhet och beredskap. Utöver detta ska regionstyrelsen utfärda riktlinjer och rutiner till övriga nämnder och styrelser som följer av regionstyrelsens roll att leda och samordna förvaltningen av Västra Götalandsregionens angelägenheter och ha uppsikt över verksamheten.

Granskningen har visat att de riktlinjer och rutiner som granskningen tar utgångspunkt i har beslutats på olika nivåer. Regionstyrelsen har beslutat om regional riktlinje verksamhetsskydd och riktlinje inköp medan tjänstepersoner på koncernkontoret har beslutat om rutiner för oegentligheter och bisysslor samt regional riktlinje visselblåsning.⁷ Vi har noterat att två av styrdokumentet, riktlinje inköp och rutin oegentligheter, anger att de ska tillämpas av regionens bolag. Enligt uppgift från enheten för säkerhet och beredskap (ESB) på koncernkontoret pågår ett arbete med att utveckla samtliga styrdokument inom området säkerhet och beredskap samt att tydliggöra vilka styrdokument som omfattar bolagen. Rutinen för

⁵ Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026, Remissversion (RS 2022–03751)

⁶ Reglemente för regionstyrelsen (RS 2022–04495).

⁷ Rutin Oegentligheter 2020–2025 (RS 2020–06588). Rutin Bisysslor för anställda inom Västra Götalandsregionen. Regional riktlinje Visselblåsning vid rapportering av missförhållanden (RS 2022–01146).

oegentligheter utgår ifrån riktlinje verksamhetsskydd men vid granskningstillfället omfattas inte bolagen av dessa två styrdokument. Förslag på att riktlinje verksamhetsskydd ska omfatta bolagen kommer att läggas fram i samband med att den förlängs på regionstyrelsens sammanträde 19 december 2023.

Av regionstyrelsens reglemente framgår att beslutade regiongemensamma riktlinjer i tillämpliga delar ska gälla som ägardirektiv för regionens bolag efter beslut på bolagsstämma.⁸ Motsvarande skrivning finns i bolagens ägardirektiv, som exempelvis för Göteborgsoperan⁹. Granskningen har visat att regionstyrelsen i mars 2023 beslutade¹⁰ om vilka styrdokument som ska utgöra ägardirektiv för bolagen. Vi har noterat att av de riktlinjer som ingår i granskningen omfattas endast riktlinje inköp av regionstyrelsens beslut. Vidare har granskningen visat att Göteborgsoperans styrelse vid årsstämman i mars 2023 har beslutat om att anta regionstyrelsens förteckning över styrdokument som ägardirektiv.

Eftersom de flesta av regionens styrande dokument för det förebyggande arbetet mot oegentligheter inte inkluderar regionens bolag har vi valt att, i vissa delar, hämta vägledning i Kod mot korruption i näringslivet (Näringslivskoden). Koden riktar sig till bolag som bedriver näringsverksamhet med privat eller offentligt ägande men kan även användas av exempelvis myndigheter eller kommuner. Koden innehåller bland annat ett antal förebyggande åtgärder som bolag ska vidta i arbetet mot korruption.

I granskningen har viss vägledning även hämtats från regeringens handlingsplan mot korruption. Planen syftar till att skapa förutsättningar för ett mer effektivt och strukturerat arbete mot korruption. I förlängningen ska den bidra till att minska riskerna för korruption och de förtroendeskadorna som korruptionen medför. Handlingsplanen riktar sig framför allt till statliga förvaltningsmyndigheter men den kan också användas som utgångspunkt för att förebygga korruption och förtroendeskadorna i kommuner och regioner samt inom kommunala bolag.

⁸ Reglemente för Regionstyrelsen, antaget av regionfullmäktige 2022-11-29 (Dnr: 2022-04495)

⁹ Ägardirektiv för Göteborgsoperan AB, antaget av regionfullmäktige 2023-02-14 (Dnr: RS 2023-00183)

¹⁰ Dnr: RS 2022-06164 (2023-03-15)

Riktlinjer och rutiner för att förebygga oegentligheter

Enligt regionens rutin oegentligheter och Näringslivskoden är en grundläggande del i det förebyggande arbetet att ledningen agerar och klargör sin inställning till oegentligheter. Detta bör göras genom skriftliga riktlinjer och rutiner för det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Förvaltningar och bolag ska ta fram styrande dokument som tydligt anger hur medarbetarna ska agera om oegentligheter upptäcks, vilka som ansvarar för att polisanmäla och hur utredning av interna misstankar ska göras. Även regeringens handlingsplan för korruption betonar vikten av regler mot korruption och rutiner för hantering av misstankar om korruption för att säkerställa en effektiv och rättssäker hantering. Rutiner kan dessutom bidra till att öka medarbetares vilja att rapportera misstänkta fall av korruption.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service

Intervjupersonerna på koncernkontoret och fastighet, stöd och service har uppgett att de inte har tagit fram egna rutiner utan följer regionens riktlinjer och rutiner i sitt förebyggande arbete mot oegentligheter. Regionens jävsdeklaration nämns som en särskild rutin för medarbetare inom upphandlingsområdet. Fastighet, stöd och service har tagit fram en egen jävsdeklaration. När det gäller rutiner för hur förvaltningarna ska agera och utreda misstänkta oegentligheter hänvisar intervjupersonerna till regionens rutin oegentligheter. Enligt uppgift från ESB pågår ett arbete med att ta fram en regional rutin för utredningsmetodik avseende oegentligheter, vilken ska beskriva utredningsmetodiken vid bland annat misstanke om oegentligheter och otillåten påverkan.

Göteborgsoperan

I intervjuer har det framkommit att bolaget följer regionens policys och riktlinjer så som rutin bisysslor, inköspolicy och inköpsriktlinje. De kompletterar ibland med egna styrdokument, till exempel riktlinje för representation och inköspolicy. Det finns också specifika regler så som policy för premiärinbjudningar. Bolaget har även utarbetat en egen riktlinje för visselblåsningar. Enligt intervjupersonerna finns alla styrdokument samlade på bolagets intranät. Det har framkommit i granskningen att det finns en uppfattning om att de egna styrdokumenterna har en mer framträdande roll inom bolaget jämfört med regionens styrdokument.

I granskningen har även framkommit att det finns en praxis för hur medarbetare ska agera vid misstänkta eller upptäckta oegentligheter men att det inte finns en dokumenterad rutin för detta. Vad gäller bisysslor har

bolaget inte utarbetat någon rutin för hur de ska hanteras och beslutas men de intervjuade har uppgett att det är något som kommer att förtydligas internt. När det gäller rutiner för jäv hänvisar bolaget till regionens jävsdeklaration.

Organisering av det förebyggande arbetet

Av Policy Styrning i Västra Götalandsregionen framgår att styrelser och nämnder ska organisera sin verksamhet på ett effektivt sätt. För att förhindra och upptäcka olagliga ageranden ska det enligt riktlinje verksamhetsskydd finnas system och organisation på plats. Enligt regeringens handlingsplan mot korruption är det viktigt med tydlighet och ansvarsfördelning när det gäller korruptionsfrågor. Det underlättar för anställda att få hjälp och råd i frågor som avser korruption. Regionens rutin oegentligheter beskriver övergripande vilket ansvar chefer och medarbetare har när det kommer till att förebygga oegentligheter.

Regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt Göteborgsoperan har även, utifrån reglementen och ägardirektiv, ansvar för att organisationen är tydlig och ändamålsenlig. Regionstyrelsen har dessutom, inom ramen för sitt samordningsansvar, ansvar för att en effektiv och ändamålsenlig organisation upprätthålls.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service

ESB på koncernkontoret driver sedan 2020 en referensgrupp som arbetar med regionövergripande frågor inom området oegentligheter. Gruppen består främst av medarbetare från koncernkontoret, bland annat från koncerninköp, och den del av fastighet, stöd och service som tidigare tillhörde Västfastigheter. I granskningen har framkommit att intresset från regionens förvaltningar att delta i referensgruppen upplevs som lågt vilket gör det svårt att bemanna den. Enligt intervjupersonerna bjöds bolagen in att delta i gruppen när den startade. Majoriteten av dem avböjde vilket innebär att bolagen inte är representerade i gruppen.

Vidare har det framkommit att koncernkontoret saknar en säkerhetssamordnare för det förebyggande arbetet mot oegentligheter inom den egna förvaltningen. Däremot har de intervjuade uppgett att enligt rutin oegentligheter är det regionens säkerhets- och beredskapschef som är mottagare av misstänkta oegentligheter inom koncernkontoret.

Inom fastighet, stöd och service finns en säkerhetsfunktion som hanterar oegentlighetsfrågor men intervjupersonerna har uppgett att frågorna även är ett chefsansvar. Om en oegentlighet inträffar har närmaste chef det

främsta ansvaret att hantera situationen. I granskningen har framkommit att säkerhetsfunktionen har fått ett uppdrag att leda ett förbättringsarbete avseende oegentligheter. När det gäller fördelning av ansvar för oegentlighetsfrågor mellan säkerhetsfunktionen och linjecheferna hänvisar de intervjuade till rutin oegentligheter.

Göteborgsoperan

I våra intervjuer har framkommit att bolaget inte har en organisation för arbetet mot oegentligheter. Däremot har flera roller inom bolaget fokus på frågorna och det ingår i deras uppdrag att bevaka detta inom internkontrollen. Enligt bolaget nämns inte oegentligheter specifikt i befattningsbeskrivningarna för dessa roller men uppdragets koppling till intern kontroll gör att det alltid finns ett fokus på att bolaget agerar enligt regelverket.

Hantering av jäv och bisyssla

Enligt riktlinje verksamhetsskydd ska styrelser och nämnder aktivt arbeta för att förebygga korrupcion, jäv och andra oegentligheter. I riktlinje inköp anges att lagar och regler om jäv ska beaktas vid kontakt med leverantörer och att jävsdeklarationen är ett obligatoriskt moment för alla som deltar i en upphandling. Förutom dessa riktlinjer har vi inte hittat några andra regionala styrdokument som ger en mer detaljerad beskrivning av vad jäv innebär och hur jävsituationer ska hanteras när de uppstår.

Bisysslor regleras i regionens rutin bisysslor som bland annat anger att förvaltningschefen är ansvarig för att fastställa hur beslut tas vid förbud eller godkännande av bisyssla, och att bisysslor ska följas upp vid årliga medarbetarsamtal. Det finns även bestämmelser om bisysslor i lag (1982:80) om anställningsskydd, 6 i § som också omfattar regionala bolag.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service

Intervjupersonerna på såväl koncernkontoret som fastighet, stöd och service har uppgett att jävsdeklarationen används för att säkerställa att inte jäv eller andra intressekonflikter finns bland de som är involverad i en upphandling. På koncernkontoret används regionens system Barium för att fylla i och godkänna jävsdeklarationer. Intervjupersonerna har även uppgett att utbildning är viktigt för att öka medvetenheten bland medarbetarna om jävsfrågor.

När det gäller bisysslor hänvisar koncernkontoret och fastighet, stöd och service till regionens rutin och har uppgett att de använder systemet Barium för att registrera bisysslor. Några av intervjupersonerna har även

nämnt att frågan om bisyssla tas upp vid årliga medarbetarsamtal och att de använder regionens mall för medarbetarsamtal. Vi har noterat att frågan om bisyssla finns med i mallen. I våra intervjuer har det framkommit att det är linjecheferna som fattar beslut om att godkänna och förbjuda bisyssla. För fastighet, stöd och service har vi noterat att ansvaret för bisysslor har delegerats vidare från förvaltningschef till chefer inom förvaltningen. För koncernkontoret har regiondirektören beslutat om att närmaste chef bestämmer om bisyssla får utövas medan förbud mot att utöva bisyssla ska beslutas av regiondirektören.¹¹

Göteborgsoperan

I granskningen har det framkommit att det finns en inköpscontroller som ska säkerställa att lagar och regler följs vid upphandling. I samband med upphandling går involverade i upphandlingen igenom jävsdeklarationen muntligt men den fylls varken i eller skrivs under. Vidare har intervjupersonerna uppgett att HR utgör en kontrollfunktion vid rekrytering för att säkerställa oberoendet men även för att förhindra att nära anhöriga anställs.

Intervjupersonerna har uppgett att bolagets kollektivavtal reglerar bisysslor och att dessa ska godkännas av arbetsgivaren. Det är närmaste chef som i praktiken godkänner bisysslor. De bisysslor som förekommer inom bolaget har godkänts av vd eftersom hen i samtliga fall har varit närmaste chef. Intervjupersonerna har vidare uppgett att vd även har befogenhet att förbjuda en bisyssla och att det sker i samråd med närmaste chef. Vd:s egen bisyssla ska godkännas av styrelsen.

För att dokumentera bisysslor använder bolaget regionens blankett. Enligt några av intervjupersonerna tas frågan om bisyssla upp vid de årliga medarbetarsamtalen medan andra har uppgett att de inte har blivit tillfrågade om sin bisyssla eller att chefen inte tar upp frågan vid samtalen. Vi har noterat att bolagets mall för medarbetarsamtal inte innehåller någon fråga om bisyssla.

Bedömning

Revisionen bedömer att regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB delvis har utformat en god styr- och kontrollmiljö avseende arbetet mot oegentligheter.

¹¹ Regiondirektörens verkställighetsbeslut, Bisyssla-rutin (RS 2017-03912)

Riktlinjer och rutiner för att förebygga oegentligheter

I granskningen har framkommit att det pågår ett arbete med att utveckla styrdokumentet inom området säkerhet och beredskap vilket vi ser positivt på. Vår bedömning är att det finns ett behov av att regionstyrelsen utvecklar de styrande dokumentet för det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Exempelvis har vi noterat att de regionala styrdokumentet inte i tillräcklig utsträckning omfattar bolagen men även det inte finns något regionövergripande styrdokument som på ett tydligt sätt behandlar jäv och hur jävssituationer ska hanteras. Jäv nämns i enstaka riktlinjer men endast övergripande.

Granskningen har visat att regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service inte har tagit fram lokala rutiner för det förebyggande arbetet så som rutin oegentligheter föreskriver. Med tanke på att verksamheterna har olika förutsättningar och behov men även risker anser vi att det bör finnas lokala rutiner anpassade till respektive verksamhet. För att stärka det förebyggande arbetet mot oegentligheter är det vår bedömning att verksamhetsanpassade rutiner behöver utvecklas.

Vi har noterat att Göteborgsoperan till viss del har tagit fram egna styrdokument men att det saknas reglering kring exempelvis jäv och bisysslor. Näringslivskoden pekar på vikten av skriftliga regler för det förebyggande arbetet mot oegentligheter varför vår bedömning är att bolagets styrdokument kan utvecklas så att de i större utsträckning reglerar bolagets förebyggande arbete mot oegentligheter.

Organisering av det förebyggande arbetet

Vår granskning har visat att det finns en regiongemensam grupp med ansvar för det regionövergripande arbetet mot oegentligheter men vi bedömer att representationen från regionens bolag kan förbättras. Vi menar att detta skulle stärka regionens förebyggande arbete mot oegentligheter. Vi har noterat att för regionstyrelsens egen verksamhet finns ingen med ett utpekat ansvar för det förebyggande arbetet. Vår bedömning är att regionstyrelsen behöver tillse att det finns en ändamålsenlig och tydlig organisation för det förebyggande arbetet mot oegentligheter, dels regionalt, dels inom den egna verksamheten.

När det gäller styrelsen för fastighet och service bedömer vi att ansvarsfördelningen mellan säkerhetsfunktionen och linjechefer kan förtydligas. Eftersom regionens rutin oegentligheter endast övergripande berör ansvarsfördelningen menar vi att ett förtydligande skulle stärka det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Göteborgsoperan har ingen organisation, funktion eller roll med ansvar för oegentlighetsfrågor utan det är ett chefsansvar. Vi bedömer dock att det förebyggande arbetet mot oegentligheter kan stärkas ytterligare genom att chefsansvaret vad gäller oegentlighetsfrågor förtydligas i befattningsbeskrivningarna.

Hantering av jäv och bisysslor

Granskningen har visat att inom Göteborgsoperan är jävsdeklarationen vid upphandling endast ett muntligt moment. Enligt regionens riktlinje inköp är jävsdeklarationen ett obligatoriskt moment vid upphandling. Vi bedömer därför att bolaget behöver tillse att deklarationen genomförs skriftligt och skrivs under så att det i efterhand går att spåra hur eventuella jävsituationer har hanterats och vilka bedömningar som har gjorts. Eftersom regionen saknar reglering av bolagen när det gäller bisysslor finns inga tydliga krav på att bisysslor ska ingå som en del i medarbetarsamtalen. Vi bedömer dock att Göteborgsoperan som ett led i att stärka det förebyggande arbetet mot oegentligheter bör inkludera och dokumentera frågan om bisyssla vid medarbetarsamtal.

Finns det en riskhantering som säkerställer att risker för oegentligheter kan minimeras?

Enligt policy styrning ska risker årligen identifieras och värderas som grund för kontroller. Av rutin oegentligheter framgår att riskanalys är en viktig del i arbetet med att förebygga oegentligheter och bör genomföras minst en gång om året för att identifiera, kartlägga och åtgärda allvarliga risker. Riskanalys bör även genomföras vid exempelvis organisatoriska förändringar. Både näringslivskoden och regeringens handlingsplan betonar vikten av regelbundna och systematiska analyser av korruptionsrisker som grund för att utforma förebyggande åtgärder. Dessutom behöver det finnas kontrollsystem som säkerställer implementering av förebyggande åtgärder och minskar möjligheterna för anställda att begå fel.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service

Granskningen har visat att referensgruppen inom ESB under 2023 har arbetat med att identifiera och kartlägga regionala risker för oegentligheter inom olika områden som bisysslor, korruption och offentlig upphandling. Riskanalysen är den första av sitt slag och i arbetet återstår att formulera åtgärder för att hantera riskerna. Enligt vad ESB känner till kommer inga

av de identifierade riskerna att inkluderas i regionstyrelsens riskanalys för 2024. För 2023 har regionstyrelsen inte upprättat någon riskanalys.

Granskningen har även visat att koncernkontoret, förutom ESB, inte har genomfört någon riskanalys relaterat till oegentligheter men att det utförs riskanalyser vid andra tillfällen, till exempel inför upphandling eller när specifika händelser kräver det. Vi har dock noterat att risker för oegentligheter inte beaktas vid riskanalys inför upphandling. Av intervjuer på koncernkontoret framgår att olika kontroller genomförs i verksamheten, exempelvis jävsdeklarationer, kontroller av leverantörer (som skatter och avgifter, ägarstruktur) och kontroller vid utbetalning.

Inom fastighet, stöd och service ingår identifiering av oegentlighetsrisker som en del i det årliga arbetet med styrelsens riskanalys. Denna analys baseras på information från chefer, utvalda medarbetare och förvaltningsledningen. Granskningen har visat att identifierade risker för oegentligheter inte finns med i styrelsens riskanalys för 2023. De intervjuade har uppgett att det beror på att de inte har bedömts som väsentliga. Enligt intervjupersonerna har förvaltningen, innan omorganisationen¹², hanterat oegentlighetsrisker genom att utföra kontroller och vidta åtgärder. Vi har dock noterat att riskanalysunderlaget för 2023 innehåller en risk kopplat till oegentligheter, nämligen att rutiner och styrning kring oegentligheter inte är tillräckligt kända eller efterlevs. Hur risken har värderats framgår inte av underlaget, däremot framgår att risken åtgärdades genom att följa upp att utbildning har genomförts.

Enligt fastighet, stöd och service kontrolleras risker för oegentligheter genom internkontrollplanen men även genom andra kontroller i verksamheten, till exempel kontroll av leverantörer vid upphandling (som skatter och avgifter), jävsdeklarationen, kontroll av fakturor och attester. Till detta finns en tillämpningsanvisning för attest- och mottagningskontroll för Västfastigheter.

Göteborgsoperan

Granskningen har visat att styrelsens riskanalys för 2023 tar upp risken för korruption, mutor och oegentligheter, och att risken har bedömts som låg. Styrelsens riskanalys innehåller även kontroller för att åtgärda risken. Kontrollerna är "företagskultur, skrivna policys, attestreglemente och uppföljning av efterlevnad av policys". Bolaget har uppgett att risken och

¹² Styrelsen för fastighet, stöd och services bildades 2023 när Fastighetsnämnden (Västfastigheter) slogs samman med delar av Servicenämnden (Regionservice).

kontrollerna återkommer varje år, och att kontrollerna är inbyggda i deras dagliga arbete.

I granskningen har även framkommit andra exempel på kontroller som sker i verksamheten så som elektronisk signering, jävskontroll vid upphandling och fakturakontroller.

Bedömning

Revisionen bedömer att det delvis finns en riskhantering som säkerställer att risker för oegentligheter kan minimeras.

Vår övergripande bild utifrån granskningen är att arbetet med risker för oegentligheter behöver utvecklas inom samtliga granskade styrelser.

Granskningen har visat att en regionövergripande riskanalys avseende oegentlighetsrisker är under utveckling men att det saknas en riskanalys som belyser risker för oegentligheter inom den egna verksamheten. Vår bedömning är därför att regionstyrelsen behöver utveckla en riskanalys med fokus på oegentligheter. Detta för att få en samlad bild av verksamhetens oegentlighetsrisker men även för att styrelsen ska kunna säkerställa att åtgärder eller kontroller utformas så att riskerna hanteras på ett tillräckligt sätt.

När det gäller styrelsen för fastighet, stöd och service tas risken för oegentligheter upp i samband med styrelsens riskanalysarbete men arbetssättet kan dock medföra att oegentlighetsrisker inte uppmärksammas på samma sätt som verksamhetsrisker. Vår bedömning är att den riskanalysen som görs inte, i tillräcklig utsträckning, belyser verksamhetens risker för oegentligheter. Därför kan vi inte heller bedöma vilka oegentlighetsrisker som verksamhetens kontroller ska motverka. Vi anser att riskanalysen behöver utvecklas med ett ökat fokus på oegentligheter och för att styrelsen ska kunna säkerställa att riskerna hanteras på ett tillräckligt sätt. Detta är särskilt viktigt med tanke på den omorganisation som har genomförts under 2023 men även att delar av verksamheten är i en riskutsatt bransch.

I Göteborgsoperans fall är det vår bedömning att den oegentlighetsrisk som tas upp i styrelsens riskanalys inte grundar sig på någon systematisk analys av bolagets oegentlighetsrisker eftersom granskningen har visat att samma risk årligen återkommer i riskanalysen. Därför kan vi inte heller bedöma vilka oegentlighetsrisker som verksamhetens kontroller ska motverka. Vi anser därför att riskanalysen behöver utvecklas för att, i större utsträckning, belysa bolagets risker för oegentligheter och för att styrelsen

ska kunna säkerställa att tillräckliga kontroller eller åtgärder utformas för att hantera riskerna.

Sprids information till medarbetare om det förbyggande arbetet på ett tillräckligt sätt?

Information och kommunikation

Enligt regionens rutin oegentligheter ansvarar chefen för att medarbetarna har god kännedom om gällande lagar och regionens styrdokument, att de känner till vad oegentligheter är och hur de ska agera vid misstanke. Medarbetarna, inklusive nyanställda, ska även ha kunskap om vilka risker för oegentligheter som finns i verksamheten och vilka riskfyllda situationer de kan hamna i eller utsättas för. Enligt regeringens handlingsplan är det viktigt med regelbundna kommunikationsinsatser för att upprätthålla medarbetarnas kunskaper över tid. Exempelvis kan arbetsplatsträffar användas för att samtala om och hur korruption kan förebyggas. Medarbetarnas kännedom om rutiner är viktig och det bör finnas information om detta på verksamhetens intranät.

I rutin oegentligheter anges att anmälan av misstänkta oegentligheter sker i chefslinjen men att medarbetare även kan vända sig till förvaltningschef eller till regionens säkerhets- och beredskapschef. Enligt rutinen ska samtliga händelser som innefattar oegentligheter rapporteras i avvikelshanteringssystemet. Rapporteringen ska utgöra underlag i uppföljning och förbättringsarbete.

Vi har noterat att rutin oegentligheter inte nämner regionens visselblåsarfunktion som en viktig kanal för medarbetare att anonymt anmäla misstänkta oegentligheter. Enligt uppgift från ESB ska rutinen kompletteras med information om visselblåsarfunktionen vid revidering. Det finns dock en regional riktlinje för visselblåsning som bland annat beskriver hur visselblåsarfunktionen används för rapportering men gällande riktlinje omfattar endast regionens förvaltningar.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet stöd och service

I intervjuer på koncernkontoret har uppgetts att det finns flera kanaler för att informera medarbetare om gällande regelverk, oegentligheter och risker, exempelvis nämns regionens hemsida, referensgrupp oegentligheter på ESB och utbildningar, såväl regionens som förvaltningsinterna samt chefsintroduktioner. Enligt intervjupersonerna förekommer också

information och diskussioner om oegentlighetsfrågor och det förebyggande arbetet vid medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar, enhetsmöten och i upphandlingsgrupper. Vi har dock inte fått del av något underlag som visar på att detta sker. De intervjuade har uppgett det finns en hög medvetenhet bland medarbetarna om oegentligheter vilket särskilt gäller medarbetare som ingår i olika upphandlingsgrupper.

När det gäller medarbetarnas möjlighet att anmäla misstänkta oegentligheter har de intervjuade på koncernkontoret uppgett att det finns olika kanaler för detta. Anmälan kan ske till ESB:s funktionsbrevlåda, närmaste chef, HR eller visseblåsarfunktionen. Enligt de intervjuade används sällan MedControl¹³ till att rapportera oegentligheter.

Intervjupersonerna på fastighet stöd och service har uppgett att medarbetare, inklusive nyanställda, informeras om gällande regler och riktlinjer, om oegentligheter och risker. Detta görs genom regionens och förvaltningens utbildningar samt regelbundet på APT. Medarbetarna får även information om risker i samband med internkontrollarbetet, eftersom de är delaktiga i arbetet med styrelsens internkontrollplan. De informeras också om resultatet av uppföljningen.

De intervjuade har uppgett att det finns tre vägar för medarbetare att anmäla misstänkta oegentligheter. Anmälan kan ske genom ordinarie chef enligt rutin oegentligheter, säkerhetsenheten eller regionens visseblåsarfunktion.

Medarbetare kan även använda systemet MedControl för att rapportera oegentligheter.

Göteborgsoperan

Enligt bolaget har intranätet uppgetts vara den största källan till information för medarbetarna. Informationen på intranätet uppdateras löpande och medarbetarna meddelas genom e-post eller genom chefer vid möten när ny information finns tillgänglig. APT har även nämnts som ett forum där medarbetare kan informeras om och diskutera oegentligheter och risker. Däremot har det framkommit i granskningen att det är sällan informationen på intranätet eller från chefer handlar om oegentligheter eller om risker för oegentligheter. Uppfattningen bland de som har intervjuats är att det förekommer få oegentligheter inom bolagets verksamhet och att det finns möjlighet att ta upp olika problem och frågor med ledningen. Ledningen ska också föregå med gott exempel vad gäller

¹³ MedControl är regionens system för avvikelserapportering.

oegentlighetsfrågor. Ett exempel som lyfts är representation som sällan förekommer inom bolaget.

I intervjuer har framkommit att vid nyanställning informeras medarbetare och chefer om bolagets regler och riktlinjer. Chefer tar fram introduktionsprogram som innehåller information från chefen samt obligatorisk information från till exempel IT och HR. Enligt de intervjuade går chefer igenom bolagets risker tillsammans med de nyanställda. Vi har noterat att information om oegentligheter inte inkluderas i introduktionen enligt de introduktionsprogram vi har tagit del av. Inte heller finns information om gällande regler och riktlinjer eller risker.

I granskningen har framkommit att anmälan av oegentligheter sker till närmaste chef men att det inte finns någon dokumenterad rutin för det här arbetssättet vilket vi har skrivit om tidigare i rapporten. Regionens visseblåsarfunktion har även nämnts som en kanal för anmälan till vilken bolaget har anslutit sig. Bolaget har tagit fram en riktlinje som beskriver hur rapporteringskanalen har organiserats och hur de rapporteringar som kommer in ska hanteras. I granskningen har även bolagets avvikelshanteringssystem nämnts som en möjlig väg att rapportera ärenden.

Utbildning

I rutin oegentligheter anges att utbildning är grundläggande för det förebyggande arbetet och att den ska anpassas efter behov. Även Policy Säkerhet och beredskap i Västra Götalandsregionen pekar på utbildning som en viktig del i det förebyggande säkerhetsarbetet. I Näringslivskoden anges att ledningen ansvarar för att det finns tillräcklig kompetens för det förebyggande arbetet och att de anställda ska utbildas regelbundet om interna regler och deras tillämpning. Även regeringens handlingsplan mot korruption lyfter fram att anställdas kunskaper om korruptionsregler och hur korruption kan motverkas minskar riskerna för att fel begås.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service

I granskningen har framkommit att det finns flera regionala utbildningar inom området oegentligheter. ”I offentlighetens tjänst” innehåller ett avsnitt om säkerhet och oegentligheter vilket framgår av det material som ESB har arbetat fram till utbildningen. Utbildningen har beslutats av koncernstabsledningen och är obligatorisk för medarbetare på koncernkontoret men valbar för övriga medarbetare inom regionen.

Utbildningen ”Oegentligheter: mutor, jäv och andra intressekonflikter” innehåller övningar och scenarier som kan genomföras på APT. Denna är regiongemensam men inte obligatorisk. Därutöver finns utbildningen ”Oegentligheter, mutor och jäv” som är obligatorisk för chefer. Enligt uppgift från ESB används regionens intranät för att uppmana riskutsatta verksamheter att genomföra de digitala utbildningar som Sveriges Kommuner och Regioner erbjuder. En av de intervjuade på koncernkontoret har även uppgett att regionens chefsintroduktion innefattar ett kortare avsnitt om oegentligheter. En annan av de intervjuade har uppgett att utbildning följs upp av cheferna vid medarbetarsamtal.

Intervjupersonerna på fastighet, stöd och service har uppgett att förvaltningen har digitala utbildningar och en e-learning som är obligatorisk vid nyanställning. För de delar av förvaltningen som innan omorganisationen tillhörde Västfastigheter togs det fram en obligatorisk dialogutbildning för APT. Utbildningen tar upp olika scenarier om vad som kan inträffa i arbetet inom förvaltningen. Under året har förvaltningen lagt mycket tid på att skapa strukturer för ledning och styrning. Det har därmed inte funnits tid för att genomföra dialogutbildningar men ska enligt intervjupersonerna återupptas. Intervjupersonerna har även nämnt att regionens utbildningar finns tillgängliga för medarbetarna. I granskningen har vi fått del av förvaltningens uppföljning av vilka som har genomfört regionens utbildning om mutor och jäv. Det framgår dock inte av underlaget med vilken regelbundenhet uppföljningen utförs eller vem som utför den.

Göteborgsoperan

I granskningen har framkommit att regionens utbildningar inte ingår som standardutbildning för medarbetarna. Några av intervjupersonerna har uppgett att de inte har genomgått någon utbildning som inkluderar oegentligheter och att bolaget inte heller har några interna utbildningar kopplat till oegentligheter. En av intervjupersonerna har uppgett att ibland kan personer från den privata sektorn ha en annan uppfattning om var gränsen för oegentligheter går, vilket innebär att de behöver bli informerade om de regler som gäller inom offentlig verksamhet.

Bedömning

Revisionen bedömer att information om det förebyggande arbetet mot oegentligheter delvis sprids till medarbetarna på ett tillräckligt sätt.

Information och kommunikation

Av våra intervjuer på koncernkontoret framgår att information och diskussioner om oegentligheter visserligen förekommer och anses vara del av det förebyggande arbetet mot oegentligheter men att de inte genomförs regelbundet. Eftersom inga underlag har presenterats för oss är vår bedömning att arbetet med att sprida information om det förebyggande arbetet om oegentligheter kan dokumenteras och organiseras på ett tydligare och mer systematiskt sätt.

När det gäller styrelsen för fastighet, stöd och service bedömer vi att medarbetare behöver informeras om oegentlighetsrisker på andra sätt än genom arbetet med styrelsens riskanalys och internkontrollplan. Detta då vi har konstaterat i granskningen att riskanalysen för 2023 inte i tillräcklig omfattning belyser risker för oegentligheter.

För Göteborgsoperan har vi noterat att information om oegentligheter och oegentlighetsrisker inte ingår i bolagets introduktion av nyanställda. Vi bedömer därför att bolagets introduktioner kan utvecklas vilket vi menar skulle stärka medarbetarnas kunskaper om oegentligheter och de risker som finns i verksamheten.

Utbildning

Granskningen har visat att inom regionstyrelsens egen verksamhet följs utbildning upp i samband med medarbetarsamtal. Vi anser att uppföljning av deltagandet på regionens utbildningar kan ske mer samlat vilket skulle öka möjligheterna att säkerställa att tillräckliga och regelbundna utbildningsinsatser på oegentlighetsområdet görs.

När det gäller styrelsen för fastighet, stöd och service anser vi att den obligatoriska dialogutbildningen som omfattar oegentligheter bör återinföras och anpassas efter styrelsens olika verksamhetsdelar och behov, särskilt beaktat den omorganisation som har genomförts under 2023.

Utifrån granskningen bedömer vi att Göteborgsoperan inte erbjuder medarbetare och chefer tillräcklig utbildning med fokus på oegentligheter. Regelbunden utbildning inom oegentlighetsområdet bör införas och anpassas till verksamhetens behov. Vi menar att detta skulle stärka medarbetarnas och chefers kunskaper om oegentligheter och hur de kan

upptäckas och hanteras. Bolaget bör också regelbundet följa upp deltagandet på utbildningarna.

Har styrelserna säkerställt en tillräcklig uppföljning och åiterrapportering av det förebyggande arbetet mot oegentligheter?

I regionens styrningspolicy anges att verksamheten ska följas upp utifrån väsentliga aspekter och analyseras som grund för åtgärder och fortsatt utveckling. Av reglementena för såväl regionstyrelsen som styrelsen för fastighet, stöd och service framgår att styrelserna ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att de får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Motsvarande skrivning finns i ägardirektivet för Göteborgsoperan.

Regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service

I granskningen har framkommit att ESB gör viss central uppföljning av förvaltningarnas förebyggande arbete mot oegentligheter och att de stöttar förvaltningarna i deras arbete med uppföljning. ESB har gjort en helårssammanställning av visselblåsningar som ska rapporteras till regionstyrelsen. Under 2023 har ESB utrett några misstänkta fall kopplat till jäv, otillåten bisyssla och mutor varav ett fall av jäv avsåg koncernkontoret.

Granskningen har inte visat på att det görs någon uppföljning och åiterrapportering av den egna förvaltningens förebyggande arbete mot oegentligheter. Några av intervjupersonerna har dock uppgett att det från och med 2023 finns ett internrevisionsprogram som ska säkerställa följsamhet till processer så som inköpsprocessen. Då programmet nyligen har införts har vi inte kunnat granska på vilket sätt det inkluderar det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Fastighet, stöd och service har uppgett att de följer upp och åiterrapporterar om oegentligheter till styrelsen genom internkontrollplanen när oegentlighetsrisker har lyfts in i planen. Som vi har skrivit tidigare i rapporten ingår inte oegentligheter i styrelsens internkontrollplan för 2023.

Göteborgsoperan

Intervjupersonerna har uppgett att det finns inbyggda rutiner för uppföljning i flera av bolagets elektroniska system och att uppföljning sker löpande men inte systematiskt. Uppföljning sker även av

rekryteringsprocessen och avtal med leverantörer. Enligt de intervjuade används resultatet av uppföljningen som underlag för förbättringsförslag och underlag för kommande riskanalyser, till exempel inom administrationen.

Under det senaste året har inga fall av oegentligheter kommit till de intervjuades kännedom. Vi har noterat att oegentligheter främst kopplas ihop med tidigare års kontanthantering vilket bolaget avskaffade år 2020.

I granskningen har framkommit att bolagsledningen informeras löpande om de uppföljningar som görs. Styrelsen får åiterrapportering om oegentligheter genom riskanalys och internkontrollplan. Däremot sker ingen regelbunden rapportering till styrelsen om det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Bedömning

Revisionen bedömer att regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB delvis har säkerställt en tillräcklig uppföljning och åiterrapportering av det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Granskningen har visat att ESB genomför kontinuerlig och systematisk uppföljning av anmälda visselblåsningar vilken åiterrapporteras till regionstyrelsen men att det inte görs någon uppföljning och åiterrapportering av den egna förvaltningens förebyggande arbete mot oegentligheter. Det internrevisionsprogram som omnämnts i några av intervjuerna har ännu inte avrapporterats vilket gör att vi inte har kunnat bedöma om det förebyggande arbetet mot oegentligheter innefattas på ett tillräckligt sätt.

Styrelsen för fastighet, stöd och service följer upp och åiterrapporterar genom interkontrollplanen men bara i de fall en oegentlighetsrisk tas upp i planen. Vår bedömning är att uppföljningen på detta sätt blir begränsad i sin omfattning och inte belyser alla delar i det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Granskningen har vidare visat att Göteborgsoperan gör viss uppföljning men att den inte sker systematiskt. Det finns därmed inte någon samlad bild av bolagets uppföljning och det går därför inte att bedöma om bolagets uppföljning av det förebyggande arbete mot oegentligheter är tillräcklig.

Sammantaget är det vår bedömning att samtliga styrelser behöver vara väl informerade om det förebyggande arbetet mot oegentligheter samt ha ett

tillräckligt underlag för beslut om åtgärder i syfte att förbättra och utveckla arbetet. Vi bedömer därför att styrelserna behöver tillse att en kontinuerlig och systematisk uppföljning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter genomförs samt att detta återrapporteras.

Sammanfattande bedömning

Revisionen bedömer att regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll för att förebygga oegentligheter i verksamheten.

Granskningen har visat att samtliga granskade styrelser har brister i sin styrning och interna kontroll med avseende på oegentligheter vilket enligt vår bedömning innebär att risker för oegentligheter ökar. Detta kan i sin tur medföra att förtroendet för den regionala verksamheten påverkas men även leda till ekonomisk skada. Revisionen bedömer att styrelserna behöver utveckla sitt arbete med att förebygga, upptäcka och förhindra oegentligheter. Granskningen har visat på att arbetet i flera delar behöver utvecklas men att det finns tre utvecklingsområden som vi särskilt vill uppmärksamma.

Granskningen har visat att regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service saknar verksamhetsanpassade rutiner och att det finns behov av att regionstyrelsen även utvecklar de regionövergripande styrdokument. Göteborgsoperan har till viss del tagit fram styrdokument för att förebygga oegentligheter. Revisionen bedömer att styrande dokument för det förebyggande arbetet mot oegentligheter behöver utvecklas på såväl regional som lokal nivå.

Granskningen har vidare visat att en regionövergripande riskanalys med fokus på oegentligheter är under utveckling men revisionen bedömer att de granskade styrelserna saknar en samlad bild av vilka verksamhetens oegentlighetsrisker är och inom vilka områden de finns. Därmed anser vi att det saknas en viktig och grundläggande del i deras förebyggande arbete mot oegentligheter. Det gör det också svårt att bedöma om oegentlighetsrisker blir tillräckligt belysta och om de hanteras på ett tillräckligt sätt. Revisionen bedömer att styrelsernas riskhantering avseende oegentlighetsrisker behöver utvecklas.

Slutligen har granskningen visat att regionstyrelsens uppföljning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter inte innefattar den egna verksamheten. Den uppföljning som styrelsen för fastighet, stöd och service

gör belyser inte alla delar av det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Göteborgsoperan gör viss uppföljning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter men inte på ett systematiskt och samlat sätt. Revisionen kan därmed inte bedöma om den är tillräcklig. Styrelserna behöver därmed tillse att en kontinuerlig och systematisk uppföljning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter genomförs samt att detta återspeglas i rapporteringen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du den rekommendation som vi lämnar med anledning av granskningen av det förebyggande arbetet mot oegentligheter:

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Göteborgsoperan AB att utveckla sitt förebyggande arbete mot oegentligheter.

Det kommunala ansvarssystemet

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

Regionfullmäktige 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 regionfullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Regionstyrelsen 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 regionfullmäktige 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 revisionsred i kommunal verksamhet. God revisionsred formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god revisionsred 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 revisionsred i kommunal verksamhet.

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

Regionen 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.

Till regionstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus samt styrelsen för Skaraborgs sjukhus

Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (REV 2023–00098)

Revisionen har granskat styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för att uppnå en optimal vårdproduktion enligt budgetmål 2023 och fastställda nivåer av vårdproduktion 2023 för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi. Granskningen omfattar regionstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus samt styrelsen för Skaraborgs sjukhus.

Syftet med granskningen var att bedöma om ansvariga styrelser säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård, som svarar mot ansvaret enligt reglementet och regionfullmäktiges budgetmål;

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.

Vår bedömning är att regionstyrelsen och berörda sjukhusstyrelser delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård.

Vi lämnar därför rekommendationer till regionstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus samt styrelsen för Skaraborgs sjukhus. I slutet av detta följebrev finns de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vi önskar få ett yttrande från er senast den 31 maj 2024. Det ska framgå av yttrandet vilka åtgärder som ni har gjort eller planerar att göra med anledning av de rekommendationer som vi lämnar. Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

Revisionsrapporten översänds för yttrande till regionstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus samt styrelsen för Skaraborgs sjukhus. Revisionsrapporten sänds för kännedom till regionfullmäktiges presidium och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden samt strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

Vänersborg den 13 december 2023

För revisorskollegiet,

Krister Stensson,
ordförande

Vivi-Ann Nilsson,
vice ordförande

Rekommendationer

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- tillse att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter tas tillvara i samband med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna
- säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll utifrån sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion
- tillse att sjukhusstyrelserna i enlighet med sina reglementen mer aktivt verkar för och deltar i samordning och utveckling av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem
- tillse att det inte finns motstridigheter i samordningsrådets uppdrag och sjukhusstyrelsernas reglementen avseende ansvaret för bemanning
- tillse att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens roll, ansvar och arbetssätt tydliggörs avseende hur utförarnas kunskaper och erfarenheter ska "tas till vara" i enlighet med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente
- tillse att det årligen upprättas en plan för intern kontroll.

Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus samt styrelsen för Skaraborgs sjukhus att

- säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion
- tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.



Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi

Rapport

Västra Götalandsregionen

KPMG AB

2023-12-05

Antal sidor 44 (inklusive bilaga)

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	5
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	6
2.2	Avgränsning	6
2.3	Revisionskriterier	7
2.4	Ansvariga styrelser	7
2.5	Metod	7
3	Organisation, ansvarsfördelning och styrande dokument	9
3.1	Organisation och ansvarsfördelning	9
3.2	Styrande dokument	12
4	Styrning, uppföljning och kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion	17
4.1	Mål- och verksamhetsstyrning utifrån fullmäktiges mål	17
4.2	Bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion	22
4.3	Bedömning	30
5	Samordning av hälso- och sjukvården	32
5.1	Staber, ledningsgrupper, råd och nätverk för samordning av vårdproduktion	33
5.2	Regionstyrelsens samordnande vårdgivaransvar	35
5.3	Bedömning	37
6	Samlad bedömning och rekommendationer	39

1 Sammanfattning

KPMG har av Västra Götalandsregionens revisionsenhet fått i uppdrag att granska bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om ansvariga styrelser säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård, som svarar mot ansvaret enligt reglementet och regionfullmäktiges budgetmål.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att regionstyrelsen och ansvariga sjukhusstyrelser delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård.

Respektive sjukhusstyrelse har utifrån regionfullmäktiges övergripande mål om medicinsk kvalitet, organisatorisk effektivitet samt tillgång till vård antagit en detaljbudget som innehåller målsättningar för förvaltningarna. Verksamhetsområden inom förvaltningarna har brutit ned målen i egna verksamhetsplaner. Sjukhusstyrelserna erhåller uppföljning månadsvis och per tertial i enlighet med styrmodellen, och får även månatlig rapportering om produktionen i förvaltningarna. Vi konstaterar vidare att samtliga sjukhusstyrelser, förutom Södra Älvsborgs Sjukhus, inkluderat kontroller i planerna för intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion, vilket vi ser positivt på.

Utifrån vår granskning konstaterar vi att det saknas ett gemensamt arbetssätt för hur utförarförvaltningarna ska arbeta med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. I vissa av verksamheterna finns etablerade produktionsplaneringsmodeller, men i andra saknas bland annat systemstöd och verktyg. Enligt vår bedömning är det bristfälligt att det i regionen inte finns ett samlat system avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

För innevarande år 2023 har bas- och tilläggsvolymerna för vårdproduktion för sjukhusstyrelserna fastställts av tidigare beställarnämnder i vårdöverenskommelser. I granskningen har det framförts att volymerna i vårdöverenskommelserna inte upplevs utgå från kapacitet, behov och sjukhusens förutsättningar, samt att sjukhusstyrelser och företrädare för utförarförvaltningarna i låg utsträckning medverkat i beredningen av överenskommelsen. I och med den politiska omorganisationen som trädde i kraft vid årsskiftet 2022/2023 har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden framöver ansvaret att ta fram produktionsvolymerna i form av uppdrag. Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska enligt sitt reglemente då ta tillvara utförarnas kunskap och erfarenhet vid uppdrag av vård till sjukhusstyrelserna. Utifrån intervjuer framgår att sjukhusstyrelser och utförarförvaltningar även upplevt begränsad möjlighet att påverka operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna.

Inom regionen finns staber, ledningsgrupper, råd och nätverk som på olika sätt arbetar med samordning av vårdproduktion. I granskningen har det dock framkommit att samordningen av vårdproduktionen inte fungerar tillfredställande. Vi konstaterar utifrån reglemente att regionstyrelsen har ett övergripande och samordnande vårdgivaransvar,

samt att sjukhusstyrelserna ett ansvar för att bidra till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem samt verka för och delta i samordning med övriga sjukhus. Av granskningen har det också framkommit att det finns motstridig reglering av de s.k. samordningsrådets uppdrag, vilka består av tjänstepersoner, och sjukhusstyrelsernas reglementen avseende bemanning. Motstridigheten avser att samordningsråden ska ta ett *gemensamt* ansvar avseende bemanningen medan sjukhusstyrelserna ska svara för bemanningen i den *egna* verksamheten. Enligt vår bedömning kan samordningen inom regionen förbättras för att optimera vårdproduktionen och uppnå vårdgarantin.

I det följande redovisas våra bedömningar och rekommendationer kopplat till revisionsfrågorna.

Revisionsfråga	Bedömning: I allt väsentligt	Rekommendationer
Har ansvariga sjukhusstyrelser enligt sina respektive ansvar i reglemente, utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion?	<p>Ansvariga sjukhusstyrelser har fastställt detaljbudgetar som utgår ifrån fullmäktiges målsättningar. Verksamheten följs upp månadsvis och i samband med delårsrapportering och årsredovisning. Samtliga sjukhusstyrelser, förutom Södra Älvsborgs Sjukhus, har även inkluderat kontroller i planerna för intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.</p> <p>Ansvariga sjukhusstyrelser följer även löpande upp produktiviteten och tillgängligheten i verksamheten i olika former av månadsrapporter.</p> <p>Vi bedömer utifrån ovan att styrningen och uppföljningen av bemannings- och kapacitetsplaneringen av vårdproduktion i allt väsentligt är tillfredsställande. Vi bedömer dock att ansvariga sjukhusstyrelser utifrån sitt ansvar att verka för samordning i hälso- och sjukvården bör säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen ytterligare.</p>	— Säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.
Revisionsfråga	Bedömning: Delvis	Rekommendationer
Har ansvariga sjukhusstyrelser säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering	Idag saknas ett gemensamt arbetssätt för hur utförarförvaltningarna ska arbeta med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt	— Tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

<p>av vårdproduktion tillämpas inom förvaltningen?</p>	<p>att förvaltningarna, eller åtminstone verksamheterna inom respektive förvaltning, arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.</p>	
<p>Revisionsfråga</p>	<p>Bedömning: Delvis</p>	<p>Rekommendationer</p>
<p>Har regionstyrelsen i sitt vårdgivaransvar haft en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion?</p>	<p>Av regionens delårsrapport per augusti 2023 framgår att vårdgarantin till första besök (väntande under 90 dagar) var uppfylld till 57 procent, medan tillgängligheten till behandling/operation var 49 procent. Regionstyrelsen som ansvarig vårdgivare beslutade utifrån att utförarstyrelserna omedelbart skulle organisera verksamheten på så sätt att den totala kostnaden för bemanningen, samt arbetet med att förbättra tillgängligheten, inryms inom budgetramen för kommande år, vilket vi ser positivt på.</p> <p>Inom regionen finns viss samordning i form av staber, ledningsgrupper, råd och nätverk som på olika sätt arbetar med samordning av vårdproduktion, dock har det i granskningen framkommit att samordningen av vårdproduktionen inte fungerar tillfredställande.</p> <p>Utifrån intervjuer framgår att ansvariga sjukhusstyrelser och förvaltningar upplevt begränsad möjlighet att påverka operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna, vilket vi ser som bristfälligt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Tillse att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter tas tillvara i samband med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna. — Säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll utifrån sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion. — Tillse att sjukhusstyrelserna i enlighet med sina reglementen mer aktivt verkar för och deltar i samordning och utveckling av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. — Tillse att det inte finns motstridigheter i samordningsrådets uppdrag och sjukhusstyrelsernas reglementen avseende ansvaret för bemanning. — Tillse att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens roll, ansvar och arbetssätt tydliggörs avseende hur utförarnas kunskaper och erfarenheter ska "tas till vara" i enlighet med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente. — Tillse att det årligen upprättas en plan för intern kontroll.

2 Bakgrund

Regionfullmäktige anger i *Budget 2023 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2024–2025* att kompetensförsörjning är en högt prioriterad strategisk fråga för Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. En ändamålsenlig och tillräcklig kompetensförsörjning skapar förutsättningar för att nå det övergripande budgetmålet om en tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Kompetensförsörjning, genom en optimerad bemanning och kapacitetsplanering på kort till medellång sikt (1–3 år), är en viktig förutsättning för att säkerställa en adekvat vårdproduktion ställd till vårdbehovet i länet.

Bemanningsläget inom sjukhusvården är sedan flera år tillbaka på vissa håll bekymmersamt. Årsredovisningen år 2022 för Västra Götalandsregionen visar att det övergripande målet för hälso- och sjukvården inte nås samt att de underliggande prioriterade målen nås delvis. Det har varit svårt att hålla vårdplatser öppna vilket har berott på en kombination av sjukfrånvaro, svårigheter att rekrytera och behålla personal och ett ökat beroende av inhyrd extern personal. En optimal bemannings- och kapacitetsplanering av befintlig egen personal såväl som nyttjande av inhyrd personal är därför kritiskt.

Fullmäktige anger i budgeten att det under år 2023–2025 fordras ett fortsatt arbete kring förändrade arbetssätt med ett tydligt fokus på bemannings- och kompetensplanering utifrån ett verksamhetsperspektiv för att skapa förutsättningar för ökad vårdproduktion, ökad vårdkvalitet och resurseffektivitet. Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027 innebär en förändring av hur vårdproduktionen sker inom Västra Götaland. Strukturella förändringar sker nu utifrån strategin för var och hur vård produceras tillsammans med krav på ökad vårdkapacitet och vårdkvalitet samt resurseffektivitet. Regiongemensam plan för kompetensförsörjning Västra Götalandsregionen 2023 anger att kompetensförsörjningsutmaningen och det ökade behovet av välfärdstjänster behöver mötas med nya och förändrade arbetssätt med rätt kompetens som tjänstgör på rätt plats, vid rätt tidpunkt.

Revisorskollegiet har i *revisionsplan¹ 2023 planperioden 2024–2025* identifierat de faktiska svårigheter som Västra Götalandsregionen har med kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården, vilket inverkar på Västra Götalandsregionens förutsättningar att nå hälso- och sjukvårdens övergripande mål om en tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård och ytterst påverkar förutsättningar att fullgöra det lagstyrda ansvaret som huvudman för länets hälso- och sjukvård gällande utbud, kvalitet och tillgänglighet inom ställda vårdgarantitider. Revisorskollegiet avser att granska Västra Götalandsregionens styrning av kompetensförsörjning ur olika riskperspektiv under kommande år. Under 2023 granskar revisorskollegiet risken för bristande styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för att uppnå en optimal vårdproduktion enligt budgetmål 2023 och fastställda nivåer av vårdproduktion under budgetperioden inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård som bedrivs i egen regi. Granskningen avser därmed en aspekt av regionens samlade styrning av kompetensförsörjning på kort till medellång sikt (1–3 år). Revisionen har inte tidigare granskat risken fördjupat. Revisionen granskade år 2022 Västra Götalandsregionens styrning av kompetensförsörjning med inriktning på det samlade

¹ Revisionsplan 2023 med inriktning för 2024–2025, fastställd av revisorskollegiet 2023-02-08, diarienummer REV 2022–00119.

styr- och ledningssystemet för kompetensförsörjningsplaner på utförarstyrelsenivå och regiongemensam nivå med en planperiod på 1 - 8 år. Granskningen visade på brister och utvecklingsbehov av riktlinjer och processer för målstyrning och samordning.

2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Granskningen har syftat till att bedöma om ansvariga styrelser säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård, som svarar mot ansvaret enligt reglementet och regionfullmäktiges budgetmål;

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.

Granskningen har avsett att besvara följande revisionsfrågor:

- Har ansvariga sjukhusstyrelser enligt sina respektive ansvar i reglemente, utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion?
- Har ansvariga sjukhusstyrelser säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion tillämpas inom förvaltningen?
- Har regionstyrelsen i sitt vårdgivaransvar haft en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion?

2.2 Avgränsning

Granskningen har omfattat sjukhusstyrelsernas styrning och ledning av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion av planerad vård enligt produktionskraven i budget 2023 och gällande vårdöverenskommelser vid ingången av år 2023.

Granskning har skett av den sjukhusövergripande styrningen och ledningen samt genom granskning av stickprov på två underliggande organisatoriska verksamhetsområden, kvinnosjukvård och ortopedi, per sjukhusgrupp.

Granskningen omfattar även regionstyrelsens styrning och ledning inom sitt ansvar för uppsikt och sitt ansvar för övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i förhållande till ansvariga sjukhusstyrelser och urval av stickprov per sjukhusgrupp.

I den regionala styrningen av vårdproduktion sker en samordning mellan länets sjukhus i egen regi vilket beaktas i granskningen avseende granskning av sjukhusstyrelser samt regionstyrelsen.

2.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier har använts i granskningen:

- Kommunallag (2017:725) 6 kapitel om styrelsen och övriga nämnder.
- Reglementen sjukhusstyrelser (likalydande för samtliga styrelser) B-del. Beslutad av regionfullmäktige 2022-11-29, RS 2022–04495.
- Reglemente regionstyrelsen. B-del. Beslutad av regionfullmäktige 2022-11-29, RS 2022–04495.
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)²
- Budget 2023 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2024–2025.
- Vårdöverenskommelse 2022–2023 för ansvariga sjukhusstyrelser i granskningen avseende den styrning av vårdproduktion i överenskommelsen som rör det urval av stickprov som sker (se avgränsningar).
- Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027, fastställd av regionfullmäktige 2022-11-29 (diarienummer RS 2022–04772).

2.4 Ansvariga styrelser

Granskningen har omfattat *regionstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus* samt *styrelsen för Skaraborgs Sjukhus*.

2.5 Metod

Granskningen har utförts genom dokumentstudier, en enkät samt kompletterande intervjuer med tjänstepersoner och förtroendevalda. Granskningen har genomförts dels på övergripande nivå inom de berörda sjukhusstyrelserna, dels genom en fördjupning genom ett urval av stickprov av organisatoriska vårdproducerande enheter inom sjukhusförvaltningarna, kvinnosjukvård och ortopedi. Urvalet identifierades inledningsvis i granskningsprocessen baserat på produktionsstatistik från enheten för vårdanalys. Med stöd av statistiken valdes ortopedi och kvinnosjukvård ut för fördjupad granskning. De två verksamhetsområdena valdes ut mot bakgrund av att statistiken visade avvikelser inom verksamhetsområdena avseende vårdproduktionen.

Dokumentanalys har skett av bland annat beställningar till ansvariga sjukhusstyrelser med relevans för fastställt urval, styrelsernas styr- och ledningssystem inom revisionsområdet, samt dokument avseende fördjupningarna.

² Policy Styrning i Västra Götalandsregionen upphörde 2023-06-30. Regionfullmäktige beslutade 2023-11-28 om reviderad policy för styrning. Beslutet ersätter tidigare policy. Vid tiden för granskningen var protokollet från regionfullmäktige 2023-11-28 ännu inte justerat.



Enkätfrågor har skickats till chefer inom de organisatoriska enheter, ortopedi och kvinnosjukvård, som ingår i stickproven vid utförarförvaltningarna. Enkäten skickades till 33 chefer. Svarsfrekvensen uppgick till cirka 60 procent.

Intervjuer har genomförts med bland annat utförarförvaltningarnas verksamhetschefer inom ortopedi och kvinnosjukvård, samtliga sjukhusdirektörer och berörda ledningsfunktioner inom regionstyrelsens förvaltning, exempelvis HR-direktör samt produktionsdirektör hälso- och sjukvård. Intervjuer med förtroendevalda har genomförts med företrädare för samtliga presidier i granskade sjukhusstyrelser och regionstyrelsens presidium.

Rapporten är faktakontrollerad av intervjupersoner genom kontaktpersoner på respektive förvaltning.

3 Organisation, ansvarsfördelning och styrande dokument

I detta kapitel ges en beskrivning av Västra Götalandsregionens politiska organisation och ansvarsfördelning utifrån fastställda reglementen. Vidare beskrivs de styrdokument som på olika sätt styr och påverkar hälso- och sjukvårdens arbete med bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion. I detta kapitel framgår inga bedömningar.

3.1 Organisation och ansvarsfördelning

Västra Götalandsregionens politiska organisation utgörs av regionfullmäktige, regionstyrelsen, nämnder, beredningar, utskott och sjukhusstyrelser inom hälso- och sjukvården.

Regionfullmäktige beslutade i april 2022³ om en ny politisk organisation för mandatperioden 2023–2027. I och med omorganisationen inrättades bland annat en strategisk respektive operativ hälso- och sjukvårdsnämnd⁴, vilket innebar att de tidigare geografiskt indelade beställarnämnderna upplöstes och ersattes av de nya nämnderna. Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden utgör hälso- och sjukvårdens ”beställarnämnd”, vilket även beskrivs närmare i avsnitt 3.1.4. Syftet med den nya organisationen och de två regiongemensamma hälso- och sjukvårdsnämnderna är att ge större kraft i samordning och genomförande av det strategiska arbetet⁵.

3.1.1 Regionstyrelsen

Regionstyrelsen är enligt *Reglemente för regionstyrelsen Västra Götalandsregionens* ledande politiska förvaltningsorgan. Styrelsen har enligt reglementet ansvar för hela organisationens utveckling och ska ha uppsikt över att nämnder och styrelser fullgör sina uppgifter inom sina respektive verksamhetsområden. I uppsiktsplikten ingår bland annat att ansvara för att regionfullmäktiges mål, strategiska planer samt fastställda ekonomiska ramar efterlevs. Regionstyrelsen utövar även ägarskap över Västra Götalandsregionens utförare. I ägarskapet ingår ett samordningsansvar över regionens utförarverksamheter inom alla verksamhetsområden, däribland hälso- och sjukvården. Ansvaret innebär därtill enligt reglementet att säkerställa att utförarverksamheten efterlever fattade beslut om tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.

Enligt regionstyrelsens reglemente ansvarar styrelsen för att utveckla och upprätthålla ledningssystem för regionens samlade hälso- och sjukvård. Därtill ska regionstyrelsen företräda regionen i egenskap av vårdgivare för hälso- och sjukvårdsverksamheter i regionens egen regi. I frågor som är av gemensam betydelse för att utveckla ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem ansvarar regionstyrelsen för att dessa frågor bereds tillsammans med kommunerna. Enligt reglementet ska regionstyrelsen även tillhandahålla tjänstepersonstöd till bland annat strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna.

³ Regionfullmäktige, 2022-04-12, § 66

⁴ Den operativa respektive strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden är inte granskningsobjekt, dock har nämnderna en betydande roll i hälso- och sjukvårdens arbete med bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.

⁵ Förslag till detaljutformning av Västra Götalandsregionens politiska organisation 2023 till 2027, 2022-03-16

Vidare har regionstyrelsen ansvar för övergripande strategiska arbetsgivarfrågor och besitter det övergripande ansvaret för kompetensförsörjnings- och kompetensutvecklingsfrågor inom hela regionen, om inte ansvaret åvilar en nämnd. Regionstyrelsen ska i kompetensförsörjningsarbetet inom hälso- och sjukvården ta hänsyn till de bedömningar som strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden gör av kompetensförsörjningsbehovet.

3.1.1.1 **Ägarutskott och personalutskott**

Underställt regionstyrelsen finns ett utskott, bland annat ett ägarutskott och ett personalutskott. Ägarutskottet ansvarar för att utforma ägarstyrningen av utförare och bolag på ett enhetligt sätt⁶. Ägarutskottet ansvarar även för att hantera och samordna produktionsfrågor för utförarna i egen regi. Utskottet ska vidta åtgärder för ökad produktivitet i utförarorganisationen, samt utöva övergripande styrning av produktionsplanering.

Vidare ansvarar regionstyrelsens personalutskott för övergripande regiongemensamma personalfrågor och verkar som regionens personalorgan.

3.1.2 **Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden**

Enligt reglemente för den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden är nämnden regionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ. Nämnden har till uppgift att arbeta med hälso- och sjukvårdens långsiktiga utveckling, innehåll och kvalitet och den ska arbeta med strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor ur ett regionövergripande perspektiv.

I nämndens reglemente fastställs att nämnden ansvarar för att ta fram måldokument och strategiska planer som ska verka som styrdokument för hälso- och sjukvårdens utförarstyrelser och övriga nämnder inom hälso- och sjukvården. Nämnden ska arbeta ur ett regionövergripande perspektiv och fokusera på invånarnas tillgång till en jämlik hälso- och sjukvård. De måldokument och planer som nämnden tar fram ska ligga till grund för operativa hälso- och sjukvårdsnämndens fördelning av nämndens budget till utförarstyrelserna.

3.1.3 **Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden**

I *Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden* framgår att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att ge uppdrag till den egna verksamheten och fördela nämndens budget till utförarna inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Uppdragen som ges till utförarstyrelserna syftar till att realisera och konkretisera strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens styrdokument, måldokument och strategiska planer utifrån ett kortsiktigt perspektiv.

Nämnden ansvarar för att besluta om uppdrag och tilldelning av ekonomiska resurser till regionens utförarverksamheter. Enligt nämndens reglemente ska uppdragen vara fleråriga i syfte att skapa förutsättning för långsiktig planering. I konkretiseringen av strategiska planer eller måldokument ska utförarstyrelsernas erfarenhet och kunskaper tas till vara. När nämnden beslutar om uppdrag och resursfördelning till utförarstyrelserna ska nämnden också särskilt beakta de områden där det kan finnas skäl för en

⁶ Förslag till detaljutformning av Västra Götalandsregionens politiska organisation 2023 till 2027, 2022-03-16

regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska löpande följa upp hur utförarna genomför de uppdrag som nämnden har fördelat. Om en utförare inte levererar enligt givet uppdrag ska nämnden agera, exempelvis genom att besluta om omfördelning av resurser och uppdrag.

3.1.4 Sjukhusstyrelser med utförarförvaltningar

Inom hälso- och sjukvården finns fem sjukhusstyrelser för sjukhusen med tillhörande utförarförvaltningar:

- **Styrelsen för NU-sjukvården:** Ansvarar för Norra Älvsborgs Länssjukhus i Trollhättan, Uddevalla sjukhus samt Brinkåsens vuxenpsykiatriska anläggning i Vänersborg. Förvaltningen består av ungefär 5 000 medarbetare.
- **Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset:** Ansvarar för Sahlgrenska Universitetssjukhuset där cirka 17 000 medarbetare arbetar fördelat vid Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus, Östra sjukhuset med Drottning Silvias barnsjukhus, Högsbo sjukhus och Rågården rättspsykiatri.
- **Styrelsen för Sjukhusen i väster:** Ansvarar för Kungälvssjukhus, Frölunda Specialistsjukhus, Angereds närsjukhus, Alingsås lasarett och Högsbo närsjukhus. Förvaltningen består av cirka 3 000 medarbetare.
- **Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus:** Ansvarar för Skaraborgs sjukhus i Skövde. Styrelsen bedriver även verksamhet i Falköping, Lidköping och Mariestad. Förvaltningen består av cirka 4 500 medarbetare.
- **Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus:** Ansvarar för Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. Förvaltningen består av cirka 3 700 medarbetare.

Sjukhusstyrelserna ska enligt sina reglementen bedriva sin verksamhet effektivt samt utveckla och följa upp verksamheten i enlighet med fullmäktiges beslut och regionstyrelsens samt operativa hälso- och sjukvårdsnämndens anvisningar. Styrelserna ansvarar för att säkerställa att de får tillräcklig information för att kunna ansvara för verksamheten. De ansvarar också för den interna kontrollen inom sin verksamhet och ska årligen fastställa en plan för intern kontroll.

Sjukhusstyrelserna är anställningsmyndigheter samt ansvarar för personal- och arbetsmiljöfrågor för personalen inom sina respektive förvaltningar. Vad gäller bemanning och kompetens framgår av sjukhusstyrelsernas reglementen att styrelserna ansvarar för bemannings- och personalförsörjningsfrågor inom sina förvaltningar, både på kort och lång sikt. Personalförsörjningsfrågor ska hanteras i samråd med regionstyrelsen, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och övriga styrelser inom hälso- och sjukvården för att säkerställa en långsiktig personalförsörjning. Tillsammans med andra sjukhusstyrelser ska styrelserna även bidra med kompetens och resurser i syfte att utveckla ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem i regionen.

Vården ska enligt styrelsernas reglemente bedrivas i enlighet med det uppdrag som givits från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, samt de måldokument och strategiska planer som fastställts av regionfullmäktige och strategiska hälso- och

sjukvårdsnämnden. Enligt reglementena ska sjukhusstyrelserna anpassa sin verksamhet efter de uppdrag och finansiering som erhålls från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, samt följa de riktlinjer och anvisningar som regionstyrelsen lämnar utifrån sitt samordnings- och uppsiktsansvar.

Vidare ska sjukhusstyrelserna enligt reglementet inom ramen för ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem verka för samordning och utveckling i samverkan med andra sjukhus, utförare av vårdtjänster och de delregionala nämnderna.

3.2 Styrande dokument

3.2.1 Budget 2023 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2024–2025

I *Budget 2023 för Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2024–2025*⁷ har regionfullmäktige fastställt inriktning och mål som regionen ska arbeta med under år 2023. Därtill finns visionen om ”Det Goda Livet” som den långsiktiga inriktningen för regionens arbete.

I budgeten fastställs två övergripande mål som samtliga verksamheter i regionen ska arbeta mot:

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

Utifrån det övergripande målet ”Tillgänglighet och effektiv hälso- och sjukvård” har följande prioriterade mål och fokusområden fastställts av fullmäktige:

Prioriterade mål för 2023–2025	Fokusområden 2023
Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.	Detaljstyrning av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillitsstyrning. Mer ansvar, makt och befogenheter ska decentraliseras till första linjens chefer.
	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.
Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.	Stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både förstabesök och behandling.
	Öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn- och ungdomar med psykisk ohälsa.
	Invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar.

⁷ Regionfullmäktige, 2022-06-12, §139

Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.	Vårdcentraler som erbjuder sina patienter en fast läkarkontakt ska premieras.
	Minskat behov av slutenvård på sjukhusen genom tillskapande av fler mobila och nära vårdformer.
	Fortsatt utveckling av första linjens sjukvård för psykisk ohälsa.
Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.	Låta lönesättningen präglas av större flexibilitet, där hänsyn tas till marknadssituation och kompetensbehov samtidigt som budget ska hållas.
	Ett stärkt chefskap och implementering av tillitsstyrning.
Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av.	Klara behovet av utbildningsplatser i organisationen
	Ökat fokus på insatser kopplade till arbetsmiljö och personalvård, avlastning och uppgiftsväxling.

Fokusområdena är enligt budgeten en form av uppdrag till nämnder och förvaltningar under år 2023. Fullmäktiges prioriterade mål ska av nämnderna och styrelserna brytas ned till mätbara indikatorer som löpande ska återredovisas till nämnderna, styrelserna samt till regionfullmäktige i samband med delårsrapporter och årsredovisningen.

I *Regiongemensam rutin för detaljbudget*⁸ beskrivs att regionfullmäktige "... formulerar långsiktiga och strategiska mål, varefter nämnder och styrelser ansvarar för att bidra till måluppfyllelse i förhållande till den politiska viljeriktning som regionfullmäktige har uttryckt genom dessa mål. I detta ansvar ligger att bryta ner budgetmålen för den egna verksamheten med syfte att skapa handlingskraft och effekt i verksamhetsplaneringen." Därtill framgår att nämnder och styrelser utöver fullmäktiges mål även kan fastställa ett prioriterat mål för sin verksamhet. I detaljbudgeterna ska respektive nämnd och styrelse ange vilka fokusområden som deras förvaltning ska arbeta med under året, samt vilka aktiviteter och insatser som ska genomföras inom ramen för fokusområdena.

I den regionövergripande budgeten beskrivs hälso- och sjukvårdens utmaningar under år 2023. Det uppges bland annat att 200 miljoner kronor har avsatts för att regiongemensamt öka kapaciteten att arbeta bort uppdämt vårdbehov och på så sätt öka tillgängligheten i vården. Det framgår att omfattande insatser behöver genomföras för att öka produktiviteten och bedriva verksamheten inom beslutade ekonomiska ramar. Av budgeten framgår även att det under de kommande åren krävs förändrade arbetssätt med fokus på bemannings- och kompetensplanering. Detta innebär bland annat att se över vilka kompetenser och yrkeskategorier som behövs, öka samverkan mellan yrkeskategorier och säkerställa uppgiftsväxling samt matchning på såväl individ- som verksamhetsnivå.

⁸ Ekonomidirektör 2022-06-28

För att nå det prioriterade målet ”Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras” framhålls i budgeten att en omställning av vården är nödvändig. Målsättningen för omställningsarbetet beskrivs vara en sammanhållen vård där patienter inte ska uppleva organisatoriska gränser mellan vårdgivare.

3.2.2 Strategi och genomförandeplan för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen

Regionfullmäktige har fastställt en *Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen*⁹ som beskriver hur Västra Götalandsregionen ska arbeta för att ställa om vården och möta kommande utmaningar i hälso- och sjukvården. I strategin beskrivs visionen för hur hälso- och sjukvården ska se ut år 2028. Utifrån målsättningen fastställs fem delområden, där olika insatser preciseras:

- Nära vård
- Prioritering
- Digitalisering
- Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning
- Barnuppdraget

Omställningen av hälso- och sjukvården ska enligt strategin syfta till att erbjuda en jämlik, sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård. Vården ska ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet som utgår ifrån den enskildes behov. Primärvården ska vidare fungera som basen i den nära vården och bidra till en mer lättillgänglig hälso- och sjukvård.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har utifrån fullmäktiges strategi för omställningen av hälso- och sjukvården fastställt en *Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården*¹⁰. Genomförandeplanen konkretiserar hur omställningen ska genomföras under de kommande åren genom att bryta ned de fastställda delområdena till aktiviteter och indikatorer. Vidare anges även effektmål av aktiviteterna för samtliga år fram till år 2028. I genomförandeplanen återfinns ett flertal aktiviteter som är kopplade till bemannings- och kapacitetsplanering och vårdproduktion, exempelvis:

- Öka tillämpningen av verksamhetsanpassade arbetstider kopplat till produktions- och kapacitetsplanering.
- Stötta förvaltningarna med att inrätta kombitjänster¹¹.
- Öka förmågan att prognosticera framtida behov.
- Verksamheten planeras för både produktion och lärande så att utrymme finns för kompetens- och verksamhetsutveckling.

3.2.3 Koncerngemensam verksamhetsplan för hälso- och sjukvården

Koncernledning hälso- och sjukvård¹² har antagit en *verksamhetsplan för 2023–2025* för hälso- och sjukvården, vilken innehåller ett antal målsättningar. Verksamhetsplanen

⁹ Regionfullmäktige, 2022-11-29, § 236

¹⁰ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, senast reviderad 2023-11-09 §158

¹¹ En kombitjänst innebär att en medarbetare tjänstgör på två eller fler arbetsplatser.

¹² Se avsnitt 5.1.3 för närmare information om Koncernledning hälso- och sjukvård.

utgår bland annat från regionfullmäktiges budget och vision om *"Det Goda livet"* och syftar till att ge en strategisk inriktning för hälso- och sjukvården. De målsättningar som fastställs ska beaktas i förvaltningarna inom hälso- och sjukvården i samband med utformandet av verksamhetsplaner.

Verksamhetsplanen utgår från fyra utvecklingsområden: *"Nära invånaren"*, *"Hälsofrämjande och förebyggande"*, *"En sammanhållen hälso- och sjukvård"* samt *"Ledarskap och kompetensförsörjning"*. För varje utvecklingsområde fastställs önskade målbilder för år 2025, samt viktiga milstolpar både 2023 och 2024 för att målbilderna ska uppnås. Flera av milstolparna som fastställts för år 2023 har anknytning till bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion:

- Gemensam kapacitets- och produktionsplanering är etablerad.
- Samordningsråd och kunskapsstyrning är en beslutad organisation med tydliga uppdrag.
- Beslut om organisation, mandat och grupper, ingående i ledningssystemet såväl internt som tillsammans med partners.
- Skapa olika scenarier för en sammanhållen hälso- och sjukvård mot 2030–2035.
- Etablera gemensam målbild för rätt vårdnivå och hur detta ökar tillgängligheten.

3.2.4 Regiongemensam plan för kompetensförsörjning

Västra Götalandsregionen tar var tredje år fram en regiongemensam plan för kompetensförsörjning. *Regiongemensam plan för kompetensförsörjning år 2023*¹³ syftar till att ge underlag för fortsatt planering och genomförande av regionens insatsområden: *"En god hälsa och arbetsmiljö"*, *"Förutsättningar för ett utvecklande medarbetarskap och ledarskap"*, *"Anställningsvillkor och förmåner"*, *"Använd kompetens rätt"*, *"Teknikens möjligheter"*, *"Lärande, kompetens- och karriärutveckling"*, *"Utbildningsuppdraget och samverkan med lärosäten och utbildningsanordnare"* samt *"Bredda rekryteringen"*. I kompetensförsörjningsplanen framgår aktiviteter för respektive område.

I kompetensförsörjningsplanen framgår att regionen ska arbeta som en sammanhållen koncern med kompetensförsörjningsfrågorna. Inom hälso- och sjukvården framgår att det råder kompetensobalanser i ett antal yrkeskategorier, bland annat bland barnmorskor, sjuksköterskor och erfarna specialistläkare.

Utifrån kompetensförsörjningsbehoven i hälso- och sjukvården fastställs flertalet aktiviteter kopplat till bemannings- och kapacitetsplanering samt vårdproduktion inom de olika insatsområdena, bland annat:

- Genomföra identifierade aktiviteter i Verksamhetsplan hälso- och sjukvård (se avsnitt 3.2.3).
- Utveckla strategier och inriktning för kombitjänster för att möjliggöra arbete över förvaltningsgränser.

¹³ Personalutskottet, 2022-11-23



- Utveckla arbetet med uppgifts- och kompetensväxlingen för att använda resurser effektivt.
- Driva på och se digitaliseringens möjligheter.
- Öka möjligheterna att kombinera klinisk verksamhet med forskning och forskarutbildning.

I kompetensförsörjningsplanen framgår även att det krävs ett särskilt fokus på att utveckla, behålla och attrahera medarbetare under 2023. Det framgår att bemanningsplanering och förläggning av arbetstider har stor betydelse i arbetet, både ur ett resurs- och produktionsperspektiv samt ett arbetsmiljöperspektiv. Det fastställts utifrån det att bemanningsplaneringen behöver ses över och att verksamheterna behöver planera sina verksamheter utifrån vilken produktion som ska uppnås, samtidigt som hänsyn tas till arbetsmiljö och ett hållbart arbetsliv.

4 Styrning, uppföljning och kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion

I detta kapitel finns en redogörelse av hur sjukhusstyrelserna arbetar med styrning, uppföljning och intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplaneringen för vårdproduktion. I avsnitten redovisas respektive sjukhusstyrelses styrning och uppföljning kopplat till fullmäktiges budgetmål, samt hur verksamheterna *ortopedi* och *kvinnosjukvård* inom respektive utförarförvaltning arbetar med målsättningarna i sina verksamheter. I den enkät som genomförts inom ramen för granskningen upplever mer än hälften av de svarande att det finns tydliga målsättningar kopplat regionens övergripande målsättningar om bland annat till vårdproduktion.

I avsnitten nedan framgår även hur verksamheterna i urvalet, *ortopedi* och *kvinnosjukvård*, arbetar med bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i praktiken.

4.1 Mål- och verksamhetsstyrning utifrån fullmäktiges mål

4.1.1 NU-sjukvården

Styrelsen för NU-sjukvården har fastställt en *Detaljbudget* för år 2023¹⁴. I detaljbudgeten fastställs förvaltningsmål för utförarförvaltningen inom områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi". Förvaltningsområdena utgår från regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden.

För varje förvaltningsmål finns fastställda indikatorer och målvärden. I detaljbudgeten anges även fördjupningar/fokusområden för respektive verksamhetsområde i förvaltningen. För område II, där bland annat ortopedi ingår, uppges fokus vara att arbeta med patientsäkerhet, kvalitet och tillgänglighet. Det uppges att det inom förvaltningen finns goda förutsättningar att tillgodose behovet av operationskapacitet. För område III, där bland annat kvinnosjukvården ingår, framgår att det finns ett stort behov av bemanningsläkare inom bland annat obstetrik och gynekologi. För att minska behovet anges i detaljbudgeten att verksamheten ska fortsätta arbeta med utbildning och rekrytering.

Styrelsen har därtill i maj 2023 beslutat om en åtgärdsplan för verksamhet i balans¹⁵. I åtgärdsplanen framgår aktivitetsområden som NU-sjukvården behöver genomföra för att effektivisera verksamheten. Styrelsen föreslår även åtta regionala punkter som behöver genomföras för att uppnå en mer produktiv och effektiv verksamhet, däribland en regiongemensam styrning av bemanning mot givet uppdrag. I åtgärdsplanen framgår att nödvändiga beslut för att genomföra punkterna bör fattas på regional nivå utifrån ansvarsstrukturen i den politiska organisationen.

Utfallet av de indikatorer och mål som fastställts i detaljbudgeten följs enligt uppgift upp löpande i verksamhetssystemet Plan och styr. Målen följs upp samlat i samband med delårsrapport per sista april, delårsrapport per sista augusti och årsredovisning. Styrelsen erhåller utöver den ordinarie uppföljningen även en månadsrapport avseende tillgänglighet, produktion, personal och ekonomi. I rapporten redovisas bland annat statistik

¹⁴ Styrelsen för NU-sjukvården, 2022-12-01

¹⁵ Styrelsen för NU-sjukvården, 2023-05-17

över vårddagar, medelvårdtid, tillgänglighet, antalet anställda per personalgrupp, sjukfrånvaro och personalomsättning.

I NU-sjukvårdens *plan för intern kontroll 2023*¹⁶ har ett kontrollmoment särskilt kopplat till bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion fastställts. Kontrollmomentet avser brist avseende personal på nyckelpositioner och ska genomföras genom att mäta personalomsättning för sjuksköterskor, barnmorskor och chefer. Kontrollen ska rapporteras till sjukhusledning och styrelsen vid två tillfällen under året.

4.1.1.1 Kvinnosjukvård i NU-sjukvården

Kvinnosjukvården inom NU-sjukvården har i *Verksamhetsplan för 2023* fastställt mål för verksamheten. I verksamhetsplanen bryts förvaltningsmålen i detaljbudgeten ned till aktiviteter för verksamheten. Utöver det fastställs tre verksamhetsmål för kvinnosjukvården.

För varje verksamhetsmål anges indikatorer, målvärden samt med vilken periodicitet indikatorerna ska följas upp. Utfallet av indikatorerna och målen uppges i intervju rapporteras löpande i Plan och styr. Målen i verksamhetsplanen följs upp månadsvis av ansvarig chef genom månadsrapporter.

I verksamhetsplanen framgår att kvinnosjukvården under året ska arbeta med anpassning av bemanning och fortsatt rekrytering av läkare. Kvinnosjukvården ska enligt verksamhetsplanen sträva efter att behovet av bemanningsläkare ska halveras under hösten 2023. Minskningen av bemanningsläkare ska enligt verksamhetsplanen ske genom att bland annat anpassa läkarschemat med befintliga resurser.

4.1.1.2 Ortopedi i NU-sjukvården

Ortopedkliniken inom NU-sjukvården har utarbetat en *Verksamhetsplan för 2023*. I verksamhetsplanen anges de förvaltningsmål och indikatorer samt aktiviteter som ortopediverksamheten ska arbeta med under året utifrån styrelsens detaljbudget. I verksamhetsplanen fastställts även ett särskilt verksamhetsmål för ortopedin.

I verksamhetsplanen beskrivs också hur verksamheten ska arbeta för att uppnå 100 procent tillgänglighet under år 2023. Några aktiviteter som fastställts kopplat till arbetet är att verksamheten ska förtydliga uppdrag och struktur inom produktionsplanering.

4.1.2 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har fastställt en *Detaljbudget för 2023*¹⁷. Detaljbudgeten beskriver övergripande strategier och aktiviteter inom områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi" som sjukhuset ska arbeta med för att uppnå regionfullmäktiges mål och prioriteringar.

Utifrån detaljbudgeten har en förvaltningsövergripande *Verksamhetsplan för 2023* fastställts. I verksamhetsplanen har ett antal av fullmäktiges prioriterade mål och fokusområden brutits ned till indikatorer och målvärden inom områdena "Verksamhet" och

¹⁶ Styrelsen för NU-sjukvården, 2023-02-02

¹⁷ Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2022-12-02

"Medarbetare". Av verksamhetsplanen framgår att målen ska brytas ned av respektive områdes- och verksamhetsområdesnivå inom förvaltningen.

Därtill har styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutat om att förvaltningen ska vidta omedelbara och strukturella åtgärder som sänker kostnadsnivån¹⁸. Vid beslutet gavs sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram en genomförandeplan. En del i åtgärdsförslaget var bland annat se över bemanningsprinciperna inom slutenvården genom så kallade vårdomfattningsmätningar, vilket enligt uppgift pågår.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset följer upp verksamheten månadsvis genom månadsrapporter. I månadsrapporterna redovisas vårdproduktion inom olika verksamhetsområden, till exempel antalet vårdtillfällen, antalet första besök, vårdplatser och beläggningsgrad. I månadsrapporten redovisas även nyckeltal kopplat till medarbetare, till exempel redovisning av antalet anställda samt en ekonomisk uppföljning. Målen som fastställts i verksamhetsplanen följs enligt uppgift upp i samband med delårsrapporterna och årsredovisningen.

I *plan för intern kontroll år 2023*¹⁹ har styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset identifierat två risker med anknytning till vårdproduktion: risk för att det uppdämda vårdbehovet tränger undan andra behov och leder till en försämrad tillgänglighet till vård samt risk för brister i koordinering mellan produktion och ekonomi. Kopplat till den första risken fastställs en kontroll om att följa upp kökortningsinsatser och produktionsresultat i förvaltningen. För den andra risken fastställs två kontroller: kontrollera att månadsrapport ger relevant information till styrelsen utifrån perspektiven produktion, ekonomi och HR samt att sjukhuset ska ha samverkans forum som syftar till att produktion och ekonomi koordineras. Kontrollen ska rapporteras till sjukhusledning och styrelsen vid två tillfällen under året.

4.1.2.1 Kvinnosjukvård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Inom kvinnosjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns två verksamhetsplaner för år 2023 fastställda, en för Gynekologi och reproduktionsmedicin och en för Obstetrik. I verksamhetsplanerna framgår de mål och indikatorer som verksamheterna ska arbeta med under året utifrån den förvaltningsövergripande verksamhetsplanen. Vidare har verksamhetsområdet själva lagt till ett antal indikatorer under de prioriterade målen.

4.1.2.2 Ortopedi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Verksamhetsområdet Ortopedi ingår i område 3 inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets förvaltning. För område 3 har en *Detaljbudget 2023* tagits fram. Verksamhetsområdets detaljbudget beskriver olika aktiviteter och utvecklingsarbeten som ska genomföras inom områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi". Av detaljbudgeten framgår att samtliga verksamheter inom område 3 ska ta fram egna verksamhetsplaner med verksamhetsspecifika utfallsmått. Enligt uppgift har ortopedin en verksamhetsplan med särskilda indikatorer och uppföljningsmått.

¹⁸ Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2023-08-18

¹⁹ Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2022-12-16

Vad gäller produktion fastställs det i detaljbudgeten att område 3 under året ska fokusera på att öka operationskapaciteten och den generella produktionen i enlighet med vårdöverenskommelsen, för att kunna leverera upp till det uppdrag området har för planerad och akut vård.

4.1.3 Sjukhusen i väster

Styrelsen för Sjukhusen i väster har fastställt en *Detaljbudget 2023*²⁰ som bland annat beskriver förvaltningens mål för år 2023 utifrån områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi". I detaljbudget har regionfullmäktiges mål som fastställts i budgeten brutits ned till verksamhetsmål och aktiviteter. I verksamhetsplanen fastställs programområden som förvaltningen ska arbeta med särskilt under 2023 för att förbättra effektivitet och produktivitet: "Effektiv vårdutbudsstruktur och produktionsplanering" och "Optimering av akut- och slutenvård" samt "Digitalisering". Inom ramen för programområdena fastställs sju prioriterade områden som verksamheterna ska arbeta med.

Målen i styrelsens detaljbudget följs upp i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Utöver uppföljningen i det ordinarie årshjulet erhåller styrelsen för Sjukhusen i väster en månadsrapport vid varje sammanträde. Månadsrapporten redovisar bland annat statistik över produktionen i förvaltningen, personalstatistik samt ekonomisk uppföljning.

Styrelsen för Sjukhusen i väster har i sin *plan för intern kontroll 2023*²¹ fastställt en kontroll kopplat till kvarstående effekter av pandemin och dess påverkan på vårdproduktionen. I kontrollen ska antalet väntande på besök eller behandling, samt tillgängliga resurser i förhållande till planerad vårdproduktion, följas upp och redovisas i förhållande till vårdgarantin. I kontrollen ska förvaltningen även redovisa hur verksamheterna arbetar för att optimera personalresurser utifrån produktionsbehoven. Uppföljning av kontrollerna ska göras tre gånger under året.

4.1.3.1 Kvinnosjukvård och ortopedi vid Sjukhusen i väster

Inom Sjukhusen i väster ingår ortopedi och kvinnosjukvård (i form av gynekologi) i samma verksamhetsområde, Kirurgi och Ortopedi. Kirurgi och Ortopedi har fastställt en *verksamhetsplan för år 2023*. I verksamhetsplanen bryts regionfullmäktiges två övergripande strategiska mål, prioriterade mål och fokusområden ned i indikatorer, aktiviteter och delaktiviteter utifrån de mål som fastställts i detaljbudgeten.

De aktiviteter som fastställts i verksamhetsplanen är bland annat de prioriterade områdena som ingår i programområdena för att förbättra effektiviteten och produktiviteten i vården som styrelsen fastställt i sin detaljbudget.

4.1.4 Skaraborgs Sjukhus

I styrelsen för Skaraborgs Sjukhus *Detaljbudget 2023*²² bryts fullmäktiges strategiska mål, prioriterade mål och fokusområden ned till aktiviteter i verksamheten utifrån områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi". Det framgår dock inga indikatorer

²⁰ Styrelsen för Sjukhusen i väster, 2022-11-24

²¹ Styrelsen för Sjukhusen i väster, 2022-11-24

²² Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, 2022-12-01

eller målvärden för aktiviteterna. Ett fokusområde som fastställs för förvaltningen är "Ökad produktivitet".

Målen i styrelsens detaljbudget följs upp i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Utöver den ordinarie uppföljningen erhåller styrelsen för Skaraborgs Sjukhus en månadsrapport, benämnd "Månadskommentarer", som följer upp utförarförvaltningen utifrån områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi". I rapporterna redovisas bland annat sjukhusets produktivitet (besök, operationer, beläggningsgrad, remissinflöde) personalrelaterade nyckeltal så som personalomsättning, sjukfrånvaro samt ekonomisk uppföljning. Vidare får styrelsen vid varje sammanträde utöver månadsrapporten en särskild rapportering om "Produktionskapacitet SKAS". I rapporteringen informeras styrelsen om produktionskapaciteten för läkare, sjuksköterskor och övriga vårdgivare.

I styrelsen för Skaraborgs Sjukhus *plan för intern kontroll 2023*²³ fastställs en särskild kontroll kopplat till bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion. Kontrollen baseras på risken att produktionstakten inte följs tillräckligt ofta för att hinna förutse ekonomisk obalans. Kontrollen genomförs genom att produktionsredovisning ska skickas till styrelsen veckovis.

4.1.4.1 **Kvinnosjukvård vid Skaraborgs Sjukhus**

Kvinnosjukvården ingår i Verksamhetsområde 1 inom Skaraborgs Sjukhus. Verksamhetsområdet har tagit fram en *verksamhetsplan för år 2023* där fullmäktiges övergripande mål, prioriterade mål samt fokusområden brutits ned till indikatorer och aktiviteter. Vidare har kvinnosjukvården tagit fram en egen verksamhetsplan där verksamhetsrådets fastställda indikatorer bryts ned i verksamhetsspecifika aktiviteter. I verksamhetsplanen bryts förvaltningens fokusområde "Ökad produktivitet" ned i verksamhetsspecifika indikatorer.

4.1.4.2 **Ortopedi vid Skaraborgs Sjukhus**

Verksamhetsområde 5 inom Skaraborgs Sjukhus, där ortopedin ingår, har tagit fram en *verksamhetsplan för år 2023*. I verksamhetsplanen bryts fullmäktiges övergripande mål, prioriterade mål samt fokusområden ned till indikatorer och aktiviteter för verksamhetsområdet. I verksamhetsplanen bryts även förvaltningens fokusområde "Ökad produktivitet" ned i indikatorer för verksamheten.

4.1.5 **Södra Älvsborgs Sjukhus**

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus har i sin *Detaljbudget 2023* beskrivit mål, aktiviteter och utvecklingsarbeten som pågår utifrån fullmäktiges målsättningar i den regionövergripande budgeten utifrån områdena "Verksamhet", "Medarbetare" och "Ekonomi". Det fastställs dock inga särskilda indikatorer eller målvärden för aktiviteterna.

I verksamhetsplanen beskrivs en ny process för bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion som används i förvaltningen (SÄS-modellen, se även avsnitt 4.2.6.2). Processen för planeringen inleds med en analysfas och övergår sedan till samordningsfas och sammanställningsfas. I samtliga verksamheter ska en klinisk plan ingå i

²³ Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, 2022-12-01

verksamhetsplanen, vilken ska utgöra en behovs- och kapacitetsanalys i produktionsplaneringen. I den kliniska planen ska verksamheterna beskriva de patientbehov som finns för första besök och operationer, samt för efterföljande besök, jourbesök och vård dygn. Vidare ska verksamheterna genomföra en GAP-analys och en SWOT-analys som ska ligga till grund för aktiviteterna som ska genomföras under året. Produktionsplaneringen ska sedan utgå ifrån den kliniska planen där identifierat patientbehov framgår. Processen med verksamhets- och produktionsplanering uppges vidareutvecklas under 2023.

Målen i styrelsens detaljbudget följs upp i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Vidare får styrelsen en månadsrapport vid varje sammanträde där delar ur verksamhetsplanen, produktionen, personalstatistik och ekonomin följs upp.

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus har inte fastställt några särskilda kontrollområden i sin *plan för intern kontroll för år 2023*²⁴ kopplat till bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

4.1.5.1 Kvinnosjukvård vid Södra Älvsborgs Sjukhus

Verksamhetsområde Kvinna/Barn inom Södra Älvsborgs Sjukhus har tagit fram en *verksamhetsplan för år 2023*. I verksamhetsplanen har de regionövergripande fokusområdena brutits ned till kliniska planer för de olika verksamheterna. I den kliniska planen fastställs bland annat att gynekologin ska påbörja användningen av SÄS-modellen avseende produktions- och kapacitetsplanering, samt att veckouppföljning av första besök och operationen ska genomföras i verksamheten.

Vidare framgår en plan för digital transformation, kvalitet- och patientsäkerhetsplan och olika aktiviteter för året. Planen innehåller även olika utbildningsuppdrag till verksamheterna inom verksamhetsområdet.

4.1.5.2 Ortopedi vid Södra Älvsborgs Sjukhus

Verksamhetsområdet Kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals har i sin verksamhetsplan för år 2023 brutit ned de regionövergripande fokusområdena. Likt verksamhetsplanen för området Kvinna/Barn (se avsnitt 4.1.5.1) utgörs verksamhetsplanen av kliniska planer, en plan för digital transformation, kvalitet- och patientsäkerhetsplan och olika aktiviteter. För att optimera operationskapaciteten under året framgår att samverkan behöver ske med verksamhetsområdet AN-OP-IVA²⁵ och aktiviteter inom den egna förvaltningen.

4.2 Bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion

4.2.1 Vårdöverenskommelse och uppdrag

Som tidigare nämnts i rapporten har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (se avsnitt 3.1.4) ansvar för att ge uppdrag till den egna verksamheten inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Innan den politiska omorganisationen trädde i kraft vid årsskiftet 2022/2023 var det de geografiska beställarnämnderna som gav utförstyrelsen

²⁴ Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus, 2022-12-22

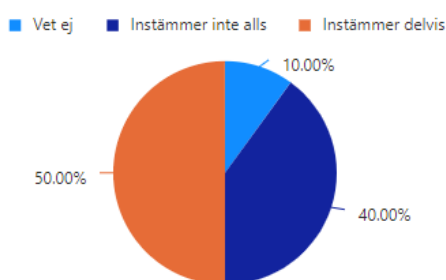
²⁵ Anestesi, operation och intensivvård

uppdrag i *vårdöverenskommelser*. Vårdöverenskommelserna upprättades mellan respektive sjukhusstyrelse och beställarnämnd och avsåg en två-årsperiod. I vårdöverenskommelserna fastställs volymer för produktions- och kapacitetsplanerade områden, dvs. PK-volymer. För dessa områden fastställs bas- och tilläggsvolymerna. De senaste vårdöverenskommelserna för sjukhusstyrelserna beslutades år 2021, och gäller således för åren 2022–2023. Produktionsvolymerna (bas- och tilläggsvolymerna) som fastställts för sjukhusstyrelserna för år 2023 återfinns därför i vårdöverenskommelserna och i tillhörande tilläggsöverenskommelser²⁶. I och med den politiska omorganisationen fastställs produktionsvolymerna för sjukhusstyrelserna numera (inför år 2024) i uppdrag av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, inte i vårdöverenskommelser.

I *Anvisningar för vårdöverenskommelsearbetet 2022–2023*²⁷ fastställs att arbetet med att ta fram överenskommelserna ska ske genom samarbete och partnerskap mellan sjukhusstyrelserna och beställarnämnderna. Båda parterna ska enligt anvisningarna ta ett ansvar för och säkerställa att det finns transparens och förståelse i arbetet. I de aktuella vård- och tilläggsöverenskommelserna för åren 2022–2023 framgår att produktionsvolymerna baserats på en gemensam beredning mellan utförarförvaltningarna och det centralt organiserade Koncernkontoret (se avsnitt 5.1.1). Enligt överenskommelsen har sjukhusen i beredningen bedömt den egna kapaciteten för volymerna i relation till de vårdbehov som föreligger för att regionen ska kunna uppfylla vårdgarantin.

Det har i granskningen framförts att det inom utförarförvaltningarna finns produktionskontor som medverkar i dialogen i samband med framtagandet av de produktionsvolymerna som styrelserna tilldelas. Vid intervjuer framgår dock att få tjänstepersoner och sjukhusstyrelser har varit delaktiga i framtagandet av aktuella vårdöverenskommelser, och i beredningen till de uppdrag som fastställts av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Det uppges inte finnas strukturerade dialoger kopplat till framtagandet av vårdöverenskommelserna där representanter från verksamheterna deltar. Denna bild bekräftas även av den enkät som genomförts inom ramen för granskningen, där 40 procent av respondenterna uppger att de inte alls har möjlighet att påverka innehållet i vårdöverenskommelser/uppdragen, och 50 procent uppger att de delvis kan påverka innehållet.

Diagram 1: Jag har möjlighet att påverka innehållet inför att nya vårdöverenskommelser beslutas



I intervjuer med sjukhusstyrelser och utförarförvaltningar beskrivs att de beslutade produktionsvolymerna inte fullt utgår från kapacitet, behov och de förutsättningar som respektive förvaltning har. Av genomförd enkät framgår att 55 procent av respondenterna

²⁶ Tilläggsöverenskommelser tecknas för att hantera förändringar som påverkar vårdöverenskommelsen.

²⁷ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2021-06-30, HS 2021–00563

upplever att den vårdmängd som ska produceras på arbetsplatsen inte alls eller delvis är rimlig.

Volymerna som fastställts i vårdöverenskommelserna avser första besök samt operation/behandling/åtgärd enligt vårdgarantin. I genomförda intervjuer beskrivs en problematik utifrån de bas- och tilläggsvolymerna som fastställs, då de inte tar hänsyn till akutbesök och andra typer av planerade besök. Verksamheterna uppges därför ställas inför en prioriteringsproblematik, och utformningen av vårdöverenskommelsen uppges bidra till att första besök tas emot och prioriteras i större omfattning än efterföljande besök. Detta eftersom efterföljande besök inte inkluderas i vårdöverenskommelsen.

I kommande avsnitt (4.2.2 – 4.2.6) beskrivs hur verksamhetsområdena *ortopedi* och *kvinnosjukvård* inom de olika förvaltningarna arbetar med bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktionen utifrån fastställda produktionsvolymerna för år 2023. Enkätresultatet visar att 15 procent av respondenterna inte upplever att det finns en tydlig process för bemannings- och kapacitetsplaneringen, 40 procent menar att det delvis finns en tydlig process medan 45 procent av de svarande upplever att det finns en tydlig process.

4.2.2 NU-sjukvården

I *Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården*²⁸ beskrivs de bas- och tilläggsvolymerna som NU-sjukvården ska producera under år 2023. Volymerna för verksamheterna *gynekologi* och *ortopedi* redovisas i Bilaga 1 i föreliggande rapport, tillsammans med uppföljning av producerad volym per augusti 2023.

4.2.2.1 Kvinnosjukvården inom NU-sjukvården

Som stöd i arbetet med produktionsplanering har verksamhetschefen inom verksamhetsområdet en produktionscontroller. Utifrån volymerna som fastställts i vårdöverenskommelsen tar produktionscontroller och verksamhetschef fram en plan för året utifrån hur många läkarbesök som behöver produceras varje vecka.

I intervju framgår att produktionen inom kvinnosjukvården kopplat till de fastställda bas- och tilläggsvolymerna följs upp i veckorapporter. Utfallet finns bland annat tillgängligt i systemet Power BI. Kvinnosjukvårdens verksamhetschef uppges även ha veckovisa möten med enhetschefer inom verksamhetsområdet för att redovisa och diskutera produktionsstatistik.

Som framgår av Bilaga 1 har kvinnosjukvården inom NU-sjukvården producerat något färre första besök och operationer än de fastställda produktionsvolymerna under perioden januari-augusti 2023. Underproduktionen inom verksamhetsområdet hänvisas bland annat till brist på läkare. Enligt uppgift används hyrpersonal för att täcka de behov som finns, främst inom jourverksamheten för att avlasta läkarna som hanterar mottagningsbesöken. Det har i intervju framförts att det sker dialoger i samordningsrådet "kvinnosjukdomar och förlossningar" (se avsnitt 5.1.5) kopplat till gemensam användning av

²⁸ Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården om förändringar i vårdöverenskommelse 2022–2023 för år 2023, 2022-09-22

läkarresurser. Enligt uppgift har dialogen dock inte resulterat i beslut om samordning kring läkare. Det framförs att sjukhusen samverkar inom förlossningsvården, där NU-sjukvården kan ta emot patienter från andra sjukhus.

Det uppges pågå förändringsarbeten för att öka produktionen inom verksamheten. Bland annat lyfts att verksamheten börjat arbeta med "kombitjänster" för barnmorskor. Kombitjänsterna innebär att barnmorskor arbetar deltid på en verksamhet, och deltid på en annan. Som exempel lyfts i intervju att en barnmorska kan arbeta deltid inom förlossningsverksamheten och deltid på en barnmorskemottagning inom öppenvården. Enligt uppgift beskrivs kombitjänster vara en strategi för att öka samverkan inom hälso- och sjukvården samt nyttja befintliga resurser mer effektivt. I nuläget finns det enligt uppgift inga kombitjänster för läkare.

4.2.2.2 Ortopedin inom NU-sjukvården

I intervju framgår att ortopedin inom NU-sjukvården börjat använda en produktionsstyrningsmodell i produktionsplaneringen, vilken tagits fram inom Södra Älvsborgs Sjukhus (vidare kallad "SÄS-modellen", se avsnitt 3.5.6.1 samt 3.5.6.2). Det framförs att modellen möjliggör både daglig och veckovis styrning av produktionen. Arbetet med SÄS-modellen uppges vara relativt nytt, men ska framöver användas inom hela verksamhetsområdet och anpassas till NU-sjukvården. I intervju framförs att verksamhetens produktion följs upp löpande av verksamhetschef tillsammans med produktionscontroller.

Inom ortopedin uppges det i intervjuer finnas bemanningssvårigheter avseende sjuksköterskor. Med anledning av bristen på sjuksköterskor har NU-sjukvården enligt uppgift behövt stänga 12 vårdplatser. I intervju framförs att ortopedin kommer att behöva använda hyrpersonal för att bemanna verksamheten framöver. Det uppges pågå ett kartläggningsarbete kopplat till schemastrukturen för samtliga yrkeskategorier. För särskilt sjuksköterskor ska verksamheten i kartläggningen se över hur befintlig personal kan nyttjas effektivare, dvs. hur kompetensen ska användas. I detta arbete ingår att ta fram ett verktyg där chefer kan simulera förändringar i bemanningen i realtid och bedöma om bemanningen tillgodoser behovet inom budgetram.

4.2.3 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

I *Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, västra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset*²⁹ fastställs de bas- och tilläggsvolymerna som Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska producera under år 2023. Volymerna för verksamheterna *gynekologi* och *ortopedi* redovisas i Bilaga 1 i föreliggande rapport, tillsammans med uppföljning av producerad volym per augusti 2023.

4.2.3.1 Kvinnosjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Antalet operationer/behandlingar inom gynekologin har under perioden januari-augusti 2023 inte nått upp till den fastställda volymen för perioden enligt Bilaga 1. I intervju

²⁹ Tilläggsöverenskommelse 2023:1 Mellan Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, västra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset om förändringar i vårdöverenskommelse 2022–2023 för år 2023, 2022-09-30

förklaras utfallet av att kvinnosjukvårdens tillgång till bemannade operationssalar, dvs. operationssalar med anesthesi- och operationspersonal, är låg. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset är verksamhetsområdet AN-OP-IVA (Anestesi, operation och intensivvård) organiserat i ett annat verksamhetsområde, vilket i intervju uppges leda till att kvinnosjukvården inte prioriteras när det gäller tillgång till bemannade operationssalar för benign gynekologisk kirurgi³⁰ och reproduktionsmedicin. Fördelningen av operationssalar uppges således inte ske jämnt över de kirurgiska verksamheterna inom sjukhuset, och det framhålls i intervjuer att denna omständighet inte beaktats i samband med framtagandet av vårdöverenskommelsen.

Uppföljning av produktionen, de vill säga antalet genomförda första besök och operationer, uppges ske veckovis av verksamhetschefen. Rapporteringen går även vidare till områdesledningen som förmedlar informationen till sjukhusledningen varje vecka. Verksamheten arbetar även med Power BI-rapporter där produktionsstatistik redovisas. Produktionen och tillgängligheten till vården följs även upp månadsvis i verksamhetsdialoger som sker med vårdområdesledningen inom sjukhuset.

4.2.3.2 Ortopedin vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

I Bilaga 1 framgår att ortopedin inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset genomfört fler första besök samt operationer än det som fastställts i bas- och tilläggsvolymerna, medan antalet operationer är underproducerade. Det är framför allt inom specialiteterna som det uppges vara svårt att nå upp till de fastställda produktionsvolymerna. Likt kvinnosjukvården uppges att även ortopediverksamheten inte har tillräcklig tillgång till bemannade operationssalar. Tillgången till användbara salar uppges också vara begränsad. I intervju framförs att den begränsade tillgången till operationssalar resulterat i att verksamheten behövt hyra salar i externa lokaler, vilket ökat verksamhetens kostnader.

En annan omständighet som uppges ha påverkat vårdproduktionen är personalomsättning bland sjuksköterskor, vilket resulterat i att vårdplatser behövt stängas.

Uppföljningen av produktionen inom verksamheten uppges ske löpande i systemet Power BI. Enligt uppgift sammanställs uppföljningen och redovisas till sjukhusledningen varje kvartal.

4.2.4 Sjukhusen i väster

I *Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsen och styrelsen för Sjukhusen i väster om förändringar i överenskommelser*³¹ fastställs de bas- och tilläggsvolymerna som Sjukhusen i väster ska producera under år 2023. Volymerna för verksamheterna *gynekologi* och *ortopedi* redovisas i Bilaga 1 i föreliggande rapport, tillsammans med uppföljning av producerad volym per augusti 2023.

4.2.4.1 Kvinnosjukvård och ortopedi

I intervju framgår att verksamhetschef tillsammans med verksamhetsutvecklare i början av året planerar produktionen utifrån tilldelat uppdrag. Planeringen för den planerade

³⁰ Kirurgi avseende tumörer och tillstånd som är "godartade" och inte cancerrelaterade

³¹ Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsen och styrelsen för Sjukhusen i Väster om förändringar i överenskommelser 2022–2023 för år 2023

vården utgår till övervägande del från verksamhetsområde AN-OP-IVA planering för att möjliggöra så många operationer som möjligt. I intervju framförs att verksamhetschefen följer upp produktionen i verksamheten veckovis tillsammans med operationsenheten.

Gynekologi har enligt uppföljningen per augusti (se Bilaga 1) producerat mindre första besök och operationer än fastställda produktionsvolymerna. Vad gäller bemanningen i verksamheten uppges det i intervjuer vara brist på läkare inom gynekologi. Med anledning av personalbristen har gynekologin behövt bemanna verksamheten med bemaningsläkare.

För att effektivisera produktionen och korta ner köerna uppges det finnas lokala samordningsråd för de fyra olika sjukhusen där förvaltningen bedriver sin verksamhet. Enligt uppgift förekommer att personal förflyttas mellan sjukhusen för att nyttja befintliga resurser.

I intervjuer framförs att viss köbildning som finns till olika typer av vård, till exempel knä- och höftproteser, kvarstår efter pandemin. Som tidigare nämnts i rapporten är detta även ett kontrollmoment i plan för intern kontroll för 2023. För att tillgodose behoven framkommer det i intervju att verksamhetsområdet behövt köpa vård. Det framförs också att det förekommit problem med att erbjuda köpt vård i andra delar av landet till patienter, vilket resulterat i att patienter valt att stå kvar i kön.

4.2.5 Skaraborgs Sjukhus

I *Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus*³² fastställs de volymer som Skaraborgs Sjukhus ska producera under år 2023. Volymererna för verksamheterna *gynekologi* och *ortopedi* redovisas i Bilaga 1 i föreliggande rapport, tillsammans med uppföljning av producerad volym per augusti 2023.

4.2.5.1 Kvinnosjukvård

I intervju framgår att verksamheten planerar produktionen genom att periodisera volymerna veckovis i början av året. I planeringen beaktas förändringar över året, bland annat jul- och sommarveckorna, då mindre personal är i tjänst. Baserat på produktionsplaneringen schemaläggs personalen utifrån att nödvändiga funktioner, till exempel jourverksamheten, prioriteras i första hand.

I intervju framförs att verksamhetschef tillsammans med produktionscontroller möter sjukhusdirektör varannan vecka för att följa upp produktionsvolymerna och hur verksamheten förhåller sig till vårdgarantin. I uppföljningen av vårdproduktionen i relation till bas- och tilläggsvolymerna per augusti (se Bilaga 1) går det att konstatera att kvinnosjukvården inte producerat tillräckligt många första besök inom gynekologin. I de fall verksamheten inte uppnår produktionen av basvolymerna framgår i intervju att verksamheten köper vård av andra vårdgivare.

I intervju framförs att verksamhetens läkarchef för närvarande har i uppdrag att se över bemanningen i syfte att jämna ut köerna för de opererande verksamheterna. För att öka

³² Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs sjukhus om förändringar i vårdöverenskommelse 2022–2023 för år 2023, 2022-09-29

effektivitet och produktivitet i vården pågår också ett arbete med att se över remisshanteringen inom förvaltningen. I arbetet framåt kommer enbart ett fåtal personer inom förvaltningen att ta emot, hantera och göra bedömningar av remisser.

4.2.5.2 *Ortopedi*

I intervju beskrivs bemannings- och kapacitetsplanering inom ortopedin på Skaraborgs Sjukhus ske utifrån planering över både en tvåveckorsperiod och på månadsbasis. Verksamhetschef har tillsammans med en produktionscontroller inför varje budgetår strategiska möten för att ta fram en huvudplan som verksamheten ska utgå från för att uppnå volymerna som fastställs i vårdöverenskommelsen. Huvudplanen delas sedan upp månadsvis och medarbetares scheman planernas utifrån de volymer som behöver genomföras under tvåveckorsperiod för att uppnå produktionsuppdragen. Det framförs i intervju att verksamheten i dagläget inte har något systemstöd i sin produktionsplanering, och att planeringen sker olika på olika enheter inom verksamhetsområdet.

Produktionsuppföljning genomförs av verksamhetschef tillsammans med produktionscontroller var 14:e dag. Uppföljningen redovisas vidare till sjukhusledningen med prognosen för del- och helåret. Som stöd i uppföljningen framkallas rapporter från Power BI. I Power BI har även enhetschefer möjlighet att se följa sin produktion.

Tillgången till olika personalkategorier beskrivs i intervjuer vara förhållandevis god. Bemanningssvårigheter framförs finnas för olika typer av subspecialiteter, till exempel inom rygkirurgi, samt för vårdpersonal.

I intervju framhålls att verksamheten i första hand behöver prioritera den akuta verksamheten. Enligt lämnade uppgifter i granskningen utgör akutbesök ungefär hälften av antalet patienter som ortopedin hanterar under ett år. Detta uppges i intervju medföra att den planerade vården behöver bortprioriteras vid vissa tillfällen. I uppföljningen av produktion per augusti framgår att ortopedin enbart uppnått 79 procent av den planerade produktionen för första besök (se Bilaga 1). Det fanns även 1 550 personer som väntat i kö i över 30/90 dagar. I intervju framförs att verksamheten försöker identifiera och arbeta med kökortningsåtgärder för att förkorta kön och öka produktionen.

4.2.6 *Södra Älvsborgs Sjukhus*

I *Tilläggsöverenskommelse 2023:1 mellan södra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus om förändringar i vårdöverenskommelse 2022–2023 för år 2023* framgår volymen som Södra Älvsborgs Sjukhus ska producera under år 2023. Volymerna för verksamheterna *gynekologi* och *ortopedi* redovisas i Bilaga 1 i föreliggande rapport, tillsammans med uppföljning av producerad volym per augusti 2023.

4.2.6.1 *Kvinnosjukvård*

Utifrån de fastställda volymerna i vårdöverenskommelsen uppges det i intervju att verksamhetschefen tar fram ett årsschema och periodiserar volymerna över årets månader. Som stöd i arbetet har verksamhetschefen en utvecklingscontroller som arbetar med produktionsplanering och tillgänglighet. Utifrån denna planering ges en överblick över hur många läkartimmar som behövs för att producera de fastställda volymerna.

Enligt intervjuer har verksamhetsområdet inför år 2023 utifrån en inledande analys konstaterat att verksamheten saknat tillräcklig bemanning och kapacitet för att genomföra beslutat uppdrag utifrån vårdöverenskommelsen. Det har i intervju framförts att bemanningssituationen varit ansträngd på grund av personalomsättning inom verksamheten.

Enligt intervju följs antalet mottagningsbesök samt antalet genomförda operationer upp månatligen av verksamhetschef. Resultatet rapporteras även vidare till sjukhusledningen. Vidare uppges även verksamhetschef ha veckovisa avstämningar med utvecklingscontroller avseende produktionsläget. I Bilaga 1 framgår att kvinnosjukvården inte producerat tillräckligt många första besök samt operationer/behandlingar inom gynekologin i förhållande till fastställda bas- och tilläggsvolymerna. I intervju framförs det finnas en kö till operationer inom kvinnosjukvården, vilket bland annat hänvisas till att mängden operationsutrymme inom förvaltningen inte har beaktats i de fastställda bas- och tilläggsvolymerna för verksamhetsområdet. Dessa omständigheter beskrivs vara anledningen till att verksamheten inte uppnår de fastställda volymerna i vårdöverenskommelsen.

4.2.6.2 Ortopedi

I intervjuer framförs att verksamhetsområdet i sin produktions- och kapacitetsplanering använder "SÄS-modellen" som produktionsplaneringsverktyg. Produktionen utgår ifrån den kliniska planen som verksamhetsområdet fastställt i sin verksamhetsplan (se avsnitt 4.1.5.2). I den kliniska planen har verksamheten kartlagt kapaciteten som verksamhetsområdet har i relation till volymerna som fastställts i vårdöverenskommelserna.

"SÄS-modellen" är en Excel-fil och används i bemannings- och kapacitetsplaneringen för läkare. Vad gäller planering av operationer kartlägger verksamheten uppdraget utifrån fastställd volym och gör sedan en periodisering av volymerna veckovis, med hänsyn till hög- och lågproduktiva veckor. Produktionen följs sedan upp veckovis och utfallet läggs in i verktyget, vilket då redovisar om det förekommer differens mellan planerad volym och utfall.

För att planera första besök används en separat Excel-fil, där verksamhetsnivån planerar produktionen på dagsnivå. Varje vecka går verksamheten igenom planerad volym utifrån vårdöverenskommelsen, samt vilken volym som behöver produceras för att "komma i kapp" den differens som funnits tidigare veckor. Vidare planeras antalet första besök in i schemalaggningsplaneringen utifrån bemanningen som finns. För att planera bemanningen har verksamheten i en Excel-fil beräknat antalet produktionstimmar respektive läkare har tillgång till under ett år utifrån sysselsättningsgrad och frånvaro. Utifrån respektive läkares timmar planeras hur många timmar som ska läggas inom respektive specialitet för läkarna. Utifrån denna planering läggs scheman för läkarna.

Efter veckans slut fylls utfallet in i Excel-filen som då redovisar differensen mellan planen och utfallet. I Bilaga 1 går det att utläsa att ortopedin inte genomfört tillräckligt många första besök i relation till fastställd produktionsvolym per augusti 2023. I intervjuer beskrivs att det finns en obalans mellan första besök och efterföljande besök, där första besök för närvarande utgör cirka 20 procent av antalet besök som genomförs per dag. Det uppges pågå ett arbete för att se över hur verksamheten kan effektivisera arbetet med efterföljande besök i syfte att öka andelen första besök. Utvecklingscontroller följer veckovis upp produktionen av besök med enhetschefer inom varje specialitet.

Utifrån de inmatade uppgifterna genererar modellen ett linjediagram över produktionen, både för operation och första besök. För första besök redovisar diagrammet antalet besök (varav hur många som är första besök), planerade besök och antalet väntande i kö, medan diagrammet operationer visar antalet operationer, planerade operationer och antal väntande i kö.

4.3 Bedömning

Vår bedömning är att ansvariga sjukhusstyrelser i allt väsentligt enligt sina respektive reglementen utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Enligt reglementet ska sjukhusstyrelserna följa det regionfullmäktige beslutat i samband med budget. Därtill ansvarar sjukhusstyrelserna för att dess ledningssystem är tydligt med hänsyn till regionfullmäktiges mål och styrmodell. Sjukhusstyrelserna ska även årligen fastställa en plan för intern kontroll samt kontinuerligt följa upp verksamheten. Granskningen visar att respektive sjukhusstyrelse antagit en detaljbudget som därefter verksamhetsområdena brutit ned utifrån regionfullmäktiges övergripande mål om medicinsk kvalitet, organisatorisk effektivitet samt tillgång till vård. Sjukhusstyrelserna erhåller uppföljning månadsvis och per tertial i enlighet med styrmodellen, och får även månatlig rapportering om produktionen i förvaltningarna. Ett antal av styrelserna har även uppdragit åt förvaltningarna att genomföra åtgärder för att förbättra verksamheten och ekonomin under året. Vi bedömer utifrån ovan att styrningen och uppföljningen av bemannings- och kapacitetsplaneringen av vårdproduktion i allt väsentligt är tillfredsställande.

Vi konstaterar vidare att samtliga sjukhusstyrelser, förutom Södra Älvsborgs Sjukhus, inkluderat kontroller i planerna för intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion, vilket vi ser positivt på.

Vår bedömning är att ansvariga sjukhusstyrelser delvis säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning samt intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion tillämpas inom utförarförvaltningarna.

I aktuella vårdöverenskommelser för 2022–2023 återfinns de produktionsvolymerna som sjukhusstyrelserna ska producera. Vi konstaterar att det i regionen inte finns ett samlat system avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion för att genomföra vårdöverenskommelserna. Det finns därtill inga övergripande anvisningar avseende hur förvaltningarna ska arbeta med bemannings- och kapacitetsplanering. I granskningen framgår att utförarförvaltningarna arbetar på olika sätt med bemannings- och kapacitetsplanering. Vi konstaterar i sammanhanget att SÄS-modellen i flera intervjuer beskrivs som ett strukturerat arbetssätt för att arbeta med bemannings- och kapacitetsplanering och att modellen tillämpas inom vissa verksamheter, men i övrigt bedömer vi att det saknas utarbetade produktionsstyrningsmodeller. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt om förvaltningarna, eller åtminstone verksamheterna inom respektive förvaltning, arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.

Av enkätresultatet framgår att totalt 65 procent av respondenterna instämmer "delvis" samt "inte alls" i påståendet att "Det finns en tydlig process för bemannings- och kapacitetsplanering på min arbetsplats". Vidare framgår i flera intervjuer att volymerna i vårdöverenskommelserna inte upplevs utgå från kapacitet, behov och sjukhusens förutsättningar. Inför 2024 har arbetssättet för att ta fram produktionsvolym till sjukhusstyrelserna förändrats beaktat den nya politiska organisationen. Enligt reglementet för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden framgår att utförarnas kunskaper och erfarenheter ska tas tillvara vid arbetet med exempelvis olika planer. Granskningen visar att sjukhusstyrelser och tjänstepersoner anger att de har haft begränsad möjlighet att påverka gällande vårdöverenskommelser, samt operativa hälso- och sjukvårdsnämndens beställning av vård i uppdragen. Vi konstaterar att det inte finns en närmare beskrivning avseende hur utförarnas kunskaper och erfarenheter ska "tas till vara" i enlighet med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente, och bedömer att detta bör tydliggöras för att säkerställa att sjukhusstyrelsernas förutsättningar och behov beaktas.

5 Samordning av hälso- och sjukvården

Vid merparten av intervjuerna framgår att samordning av hälso- och sjukvården och att skapa en sammanhållen hälso- och sjukvård är väsentligt och avgörande för att optimera vårdproduktionen. Det framgår en samlad bild av att samordningen av vårdproduktionen behöver öka. Det har i granskningen framförts att det förekommer viss samverkan mellan sjukhusen, både gällande personal och patienter, exempelvis inom förlösningar och till viss del andra verksamheter. I de fall samverkan sker mellan sjukhusen har det dock framförts att det finns otydligheter avseende vad som gäller för hantering av kostnader och intäkter, exempelvis om ett sjukhus mottar patienter från ett annat sjukhus. Det uppges inte finnas en tydlig struktur för samverkan mellan sjukhusen. Detta bekräftas även i den enkät som genomförs inom ramen för granskningen. Enkäten visar att mer än hälften av de som besvarat undersökningen upplever att det inte finns en samverkan kring bemannings- och kapacitetsplanering mellan olika sjukhus i regionen (se diagram 2). Samverkan avseende bemannings- och kapacitetsplanering inom sjukhusen upplevs däremot finnas i större utsträckning, där 40 procent av de svarande upplever att det finns en samverkan kring bemannings- och kapacitetsplanering på sin arbetsplats. Dock upplever över hälften av de svarande att det delvis finns eller helt saknas samverkan även inom arbetsplatsen.

Diagram 2: Det finns en samverkan kring bemannings- och kapacitetsplaneringen **mellan olika sjukhus**

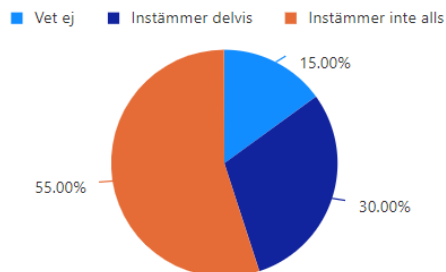
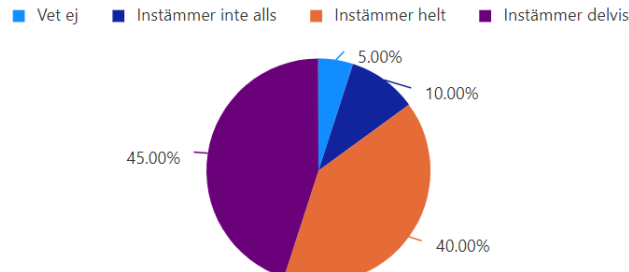


Diagram 3: Det finns en samverkan kring bemannings- och kapacitetsplaneringen **på min arbetsplats**



Vidare framgår i intervjuer att det är svårt att driva förändringsarbeten i syfte att samordna vården mellan sjukhusen, med hänvisning till att kultur och tradition bland medarbetare och chefer skiljer sig åt mellan olika delar av organisationen. Det beskrivs även att respektive utförarförvaltning utifrån sitt uppdrag behöver prioritera den egen verksamhet först, vilket ofta resulterar i att samverkan mellan sjukhusen inte prioriteras.

Det uppges vidare i intervjuer inte vara tydligt vem eller vilka som ansvarar för att säkerställa att samordning av vården sker mellan sjukhusen. I vissa intervjuer hänvisas till den strategiska respektive operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, medan andra hänvisar till sjukhusstyrelserna eller regionstyrelsen. På tjänstepersonsnivå framgår även olika uppfattningar avseende vem som har mandat att besluta om samverkan mellan sjukhusen, då vissa menar att det är samordningsråden, medan andra hänvisar till sjukhusdirektörerna.

I intervjuer framgår att sjukhusstyrelsernas presidier träffar presidierna för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden regelbundet under året. Enligt uppgift möts även sjukhusstyrelsernas presidier vid några tillfällen per år. Vid dessa tillfällen uppges det i intervjuer finnas möjlighet att diskutera samordning i hälso- och sjukvård.

5.1 Staber, ledningsgrupper, råd och nätverk för samordning av vårdproduktion

5.1.1 Koncernkontoret

Koncernkontoret är regionstyrelsens förvaltning och leds av regiondirektören. Koncernkontoret arbetar både koncernövergripande och med särskilt förvaltningsstöd till ett antal nämnder, bland annat till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden samt operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Koncernkontoret ska leda, utveckla och samordna regionens verksamhet i syfte att nå de politiska målen som fastställts på regionövergripande nivå. Vidare ska Koncernkontoret arbeta och ansvara för gemensamma aktiviteter och åtgärder i syfte att säkerställa samordning och genomförande av koncernövergripande strategiska frågor. Inom Koncernkontoret finns ett antal staber och avdelningar som leds av direktörer, bland annat koncernstab HR och koncernstab uppdrag och produktion hälso- och sjukvård.

5.1.2 Koncernstab uppdrag och produktion hälso- och sjukvård

Koncernstab uppdrag och produktion hälso- och sjukvård leds av en hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektör och är en av staberna inom Koncernkontoret. Hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören arbetar med förvaltningsstöd till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och direktören närvarar vid nämndens sammanträden som ansvarig tjänsteperson. Koncernstaben arbetar med samordning av hälso- och sjukvårdsproduktionen och genomför bland annat uppdrag som operativa hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om inom området.

Hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören har av regiondirektören fått två uppdrag som syftar till att säkra en jämlik tillgång till vård och ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser. Det ena uppdraget avser införandet av en regiongemensam kö³³ och det andra uppdraget avser införandet av en regiongemensam remissportal³⁴. I uppdragen ingår en kartläggning av nuläget, omvärldsanalys, undersökning av förutsättningar samt att ta fram förslag för genomförande. Båda uppdragen ska genomföras under september 2023 - februari 2024. Uppdragen ska i februari redovisas i en skriftlig rapport till regiondirektören. Styrgrupp för uppdragen är funktionsgrupp produktionschefer (se avsnitt 5.1.4).

5.1.3 Koncernledning hälso- och sjukvård

I *instruktion för regiondirektören* som fastställts av regionstyrelsen ska regiondirektören ansvara för samordning av Västra Götalandsregionens samtliga verksamheter och

³³ Koncernkontoret, 2023-08-30, RS 2023-04367

³⁴ Koncernkontoret, 2023-08-30, RS 2023-04368

säkerställa att det finns ledningsstrukturer för samordningen. Inom Västra Götalandsregionen finns därför fyra koncernledningsgrupper som arbetar koncernövergripande inom olika områden. En av koncernledningsgrupperna är koncernledning hälso- och sjukvård som består av regiondirektören, representanter från utförarförvaltningarna samt representanter från Koncernkontoret, bland annat hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören.

Koncernledning hälso- och sjukvård ska arbeta med strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor. Vidare ska koncernledningen driva och följa upp utvecklingen av hälso- och sjukvården utifrån budget och måldokument för hälso- och sjukvården. Grupperingen ska även verka som ett stöd till regiondirektören i koncernövergripande strategiska frågor inom hälso- och sjukvården.

5.1.4 Funktionsgrupp produktionschefer

På koncernövergripande nivå finns det ett antal funktionsgrupper som ska bidra till gemensam styrning inom olika ansvarsområden. I samband med att den nya politiska organisationen infördes år 2023 inrättades en ny funktionsgrupp för produktionschefer. Funktionsgruppen ska arbeta med att se över och diskutera produktionen i regionens hälso- och sjukvård. Enligt lämnade uppgifter i granskningen har respektive utförarförvaltning en produktionschef (eller motsvarande), vilka samtliga ingår i funktionsgruppen.

5.1.5 Samordningsråd

År 2019 beslutade Koncernledning hälso- och sjukvård att inrätta samordningsråd inom hälso- och sjukvården³⁵. Inledningsvis inrättades fyra råd inom områdena hjärta/kärl, neurologi, ortopedi och infektion. Per november 2023 finns 23 samordningsråd, bland annat inom ortopedi samt kvinnosjukdomar och förlossningar. I samordningsråden ingår enbart tjänstepersoner i form av verksamhetschefer från verksamhetsområdena i utförarförvaltningarna. Sjukhusförvaltningarnas representanterna i samordningsråden är utsedda av respektive sjukhusdirektör.

Samordningsråden ska inom sina respektive ansvarsområden arbeta för att samordna och leda koncerngemensamma arbeten. Samordningsråden ska även fungera som stöd- och referensgrupper till Koncernledning hälso- och sjukvård. Vidare har samordningsråden ett ansvar att bidra till resurseffektivitet inom sina ansvarsområden, vilket bland annat innebär att råden ska arbeta för ökad samordning för att nyttja regionens samlade kapacitet på ett effektivt sätt.

Nedan redovisas några av de uppgifter som samordningsråden har enligt den ursprungliga uppdragsbeskrivningen:

- identifiera, initiera, driva och följa upp gemensamma frågor inom ansvarsområdet.
- ta ett gemensamt ansvar kring rekrytering, kompetensförsörjning och bemanning inom ansvarsområdet på kort och lång sikt.
- vara forum för omvärldsbevakning, lärande och erfarenhetsutbyte inom området.

³⁵ År 2019 beslutade koncernledning hälso- och sjukvård att inrätta samordningsråd inom hälso- och sjukvården. Beslutet fattades som ett verkställighetsbeslut av dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektör, 2019-04-25, RS 2019-03137.

- bereda och genomföra ärenden på uppdrag av Koncernledning hälso- och sjukvård. Samordningsråden sammanträder enligt lämnade uppgifter var fjärde vecka.

I intervjuer har samordningsrådets funktion och mandat beskrivits på olika sätt. Majoriteten av de intervjuade beskriver att samordningsråden möjliggör erfarenhetsutbyte och transparens mellan förvaltningarna, däremot uppges det brista i styrningen avseende att effektivisera produktiviteten gemensamt mellan förvaltningarna. Det uppges att sådan dialog sker vid mötena, men att inga tydliga initiativ eller utvecklingsarbeten påbörjas för att samordna bemannings- och kapacitetsplaneringen mellan sjukhusen.

5.1.6 Sjukhusdirektörsnätverk

Samtliga sjukhusdirektörer ingår i ett sjukhusdirektörsnätverk som sammanträder månadsvis. I intervjuer beskrivs sjukhusdirektörsnätverket vara ett informellt nätverk för sjukhusdirektörerna att diskutera gemensamma frågeställningar inom hälso- och sjukvården, exempelvis samordningsbehov och kompetensförsörjning.

5.2 Regionstyrelsens samordnande vårdgivaransvar

I regionstyrelsens *Detaljbudget 2023* framgår att regionstyrelsen ska bidra till en ökad tillgång av vården genom uppsikt och samordning i koncernen i arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården. Arbetet ska enligt detaljbudgeten ta sin utgångspunkt i den nya politiska organisationen utifrån de nya renodlade ansvaren och rollerna, samt utifrån en tydligare styrning.

I intervju med regionstyrelsens presidium framgår att en del av arbetet med att samordna bemannings- och kapacitetsplaneringen för vårdproduktion är den omorganisation som genomfördes vid årsskiftet 2022/2023. Regionstyrelsen har inrättat en arbetsgrupp som arbetar med att följa upp och stödja tjänstepersoner i frågeställningar som finns avseende den nya organisationen. I januari 2023 presenterade arbetsgruppen en rapport om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen³⁶ utifrån den nya politiska organisationen. Rapporten anger utgångspunkter och underlag för fortsatt arbete med att utforma en ny politiska styrning av hälso- och sjukvården. Enligt regionstyrelsen ska den politiska organisationen utvärderas i slutet av 2023.

Regionstyrelsen behandlade i oktober 2023 Västra Götalandsregionens delårsrapport per sista augusti. I delårsrapporten framkommer följande måluppfyllelse för de prioriterade målen inom ramen för det övergripande målet om tillgänglighet och effektiv hälso- och sjukvård:

³⁶ Arbetsgruppen politisk organisation 2023–2026, PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen, 2023-01-23

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		●	

I delårsrapporten konstateras att sjukhusen inom Västra Götalandsregionen inte uppnår vårdgarantin och har stora underskott i relation till budget. Per sista augusti 2023 var vårdgarantin till första besök (väntande under 90 dagar) endast uppfylld till 57 procent, medan tillgängligheten till behandling/operation låg på 49 procent. Det framgår vidare att det är väsentligt att sjukhusstyrelser och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden genomför de uppdrag som beslutats. Regionstyrelsen har också uppmanat samtliga utförarstyrelser att i första hand utnyttja intern kapacitet och att lämna externt hyrda lokaler om det finns tillgängliga interna lokaler. Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i oktober att samtliga utförarstyrelser omedelbart skulle organisera sin verksamhet på så sätt att den totala kostnaden för bemanningen, samt arbetet med att förbättra tillgängligheten, inryms inom budgetramen för kommande år. I syfte att öka produktiviteten i egen regi beslutade regionstyrelsen även att ge regiondirektören uppdraget att ta fram regiongemensamma produktivetsmått som kan stödja utförarstyrelserna med att öka produktiviteten.

Enligt styrprinciper³⁷ i regionen ska samtliga styrelser och nämnder årligen anta plan för intern kontroll som ett verktyg för ständiga förbättringar. Regionstyrelsen har för år 2023 inte fastställt en plan för intern kontroll.

5.2.1 Ägarutskottets styrning och uppföljning

Som tidigare nämnts i rapporten ansvarar regionstyrelsens ägarutskott bland annat för att hantera och samordna produktionsfrågor för utförarna i egen regi. I den rapport som tagits fram av arbetsgruppen för den nya politiska organisationen framgår att ägarutskottet ska övervaka den gemensamma regionala produktiviteten inom egenregion.

Ägarutskottet har dialog med utförarstyrelserna flera gånger per år i samband med presidieöverläggningar och olika typer av avstämningar. Presidieöverläggningar genomförs löpande mellan utförarstyrelsernas presidier och ägarutskottet. Vid presidieöverläggningarna diskuteras utförarstyrelsens ekonomi, bemanning, tillgänglighet/produktivitet och beläggning. I mars genomfördes en gemensam presidieöverläggning mellan ägarutskottet, respektive sjukhusstyrelse och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

³⁷ Se fotnot 2 avseende närmare information om styrprinciper som avser plan för intern kontroll.

Regionstyrelsen beslutade efter behandling av bokslutsdispositioner för år 2022³⁸ att ägarutskottet skulle genomföra avstämningar med utförarstyrelsernas presidier avseende ekonomin månadsvis. I maj år 2023 genomfördes en gemensam avstämning mellan utskottet och samtliga utförarstyrelseras presidier för att diskutera åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Därefter har presidieöverläggningar skett månadsvis utifrån hur utförarstyrelserna arbetar för att nå en ekonomi i balans.

5.3 Bedömning

Vår bedömning är att regionstyrelsen i sitt vårdgivaransvar delvis säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.

Regionstyrelsen har enligt reglementet uppsiktsplikt samt utövar ägarskap avseende regionens utförare. Det innebär att regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar utifrån ett helhetsperspektiv för hälso- och sjukvården samt ansvar för att sjukhusstyrelserna bedriver verksamheten enligt fastställda reglementen. Enligt sjukhusstyrelsernas reglementen ska styrelserna bidra till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Vidare ska sjukhusstyrelserna verka för och delta i samordning och utveckling med övriga sjukhus. Sjukhusstyrelserna ska även tillsammans med övriga sjukhusstyrelser bidra med kompetens och resurser till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Granskningen visar att det finns staber, ledningsgrupper, råd och nätverk som på olika sätt arbetar med samordning av vårdproduktion. I merparten av intervjuerna framgår dock att det inte upplevs finnas en tydlig ansvarsfördelning vad gäller ansvaret avseende samordning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion. Likaså framgår av enkätresultatet att samverkan kring bemannings- och kapacitetsplaneringen mellan olika sjukhus inte fungerar tillfredsställande. Vi bedömer utifrån våra iakttagelser att både regionstyrelsen utifrån sitt vårdgivaransvar samt sjukhusstyrelserna utifrån sitt ansvar att verka för samordning i hälso- och sjukvården bör säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen.

Enligt reglementet är regionstyrelsen ansvarig vårdgivare för hälso- och sjukvårdsverksamheter i egen regi. Av delårsrapporten per augusti 2023 framgår att vårdgarantin till första besök (väntande under 90 dagar) var uppfylld till 57 procent, medan tillgängligheten till behandling/operation var 49 procent. Vi konstaterar att regionstyrelsen föreslog till regionfullmäktige att utifrån delårsrapporten besluta att utförarstyrelserna omedelbart skulle organisera verksamheten på så sätt att den totala kostnaden för bemanningen, samt arbetet med att förbättra tillgängligheten, inryms inom budgetramen för kommande år, vilket vi ser positivt på.

Granskningen visar att regionstyrelsen inte beslutat om en plan för intern kontroll för 2023. Enligt styrprinciper i regionen ska både nämnder och styrelser årligen anta en plan för intern kontroll. Detta är enligt vår bedömning bristfälligt.

Enligt uppdragsbeskrivningen för samordningsråden framgår att råden ska *”ta ett gemensamt ansvar kring rekrytering, kompetensförsörjning och bemanning inom*

³⁸ Regionstyrelsen, 2023-03-28, §54

ansvarsområdet på kort och lång sikt.” I reglementen för sjukhusstyrelserna framgår att styrelserna ska *”svara för bemannings- och personalförsörjning för samtliga personalkategorier på kort och lång sikt”*. Vi konstaterar utifrån intervjuer att de två skrivningarna uppfattas vara motstridiga, dels sjukhusstyrelsernas ansvar för bemannings- och personalförsörjning av den *egna verksamheten* mot samordningsrådets *gemensamma* ansvar avseende bemanning. Sjukhusstyrelsernas ansvar utifrån reglementet är beslutat av regionfullmäktige medan samordningsrådets ansvar är beslutat av koncernledning hälso- och sjukvård. Vår bedömning är att ansvaret och mandatet för samordningsråden i förhållande till sjukhusstyrelsernas ansvar och mandat bör tydliggöras.

Reglementena för operativa respektive strategiska hälso- och sjukvårdsnämnderna beskriver de två nämndernas uppgifter. Vi konstaterar utifrån granskningen att det i flera intervjuer framgår att nämndernas roll och ansvar är otydligt. Exempelvis framgår i vissa intervjuer att nämnderna ansvarar för att säkerställa att samordning av vårdproduktion sker mellan sjukhusen. Därtill framgår i intervjuer att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till sjukhusstyrelserna inte är transparenta, begripliga och påverkansbara. Vi bedömer med anledning av detta att ansvarsfördelningen i den nya politiska organisationen behöver förtydligas, samt att arbetet med att ta fram uppdrag för sjukhusstyrelserna behöver ses över för att säkerställa delaktighet.

6 Samlad bedömning och rekommendationer

Syftet med granskningen har varit att bedöma om ansvariga styrelser säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att regionstyrelsen och ansvariga sjukhusstyrelser delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och tillräcklig intern kontroll av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion inom Västra Götalandsregionens sjukhusvård.

Granskningen visar att det inte finns ett gemensamt arbetssätt för hur utförarförvaltningarna ska arbeta med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. Verksamheterna i utförarförvaltningarna arbetar på olika sätt med bemannings- och kapacitetsplanering vilket enligt vår bedömning är bristfälligt.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska enligt sitt reglemente ta tillvara utförarnas kunskap och erfarenhet vid uppdrag av vård till sjukhusstyrelserna. Utifrån intervjuer framgår att sjukhusstyrelser och förvaltningar har begränsad möjlighet att påverka den operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna.

Vi konstaterar utifrån reglemente att regionstyrelsen har ett övergripande och samordnande vårdgivaransvar. Likaså har sjukhusstyrelserna ett ansvar för att bidra till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem samt verka för och delta i samordning med övriga sjukhus. Granskningen visar att samordningen av vårdproduktionen inte fungerar tillfredställande.

Av granskningen framgår att det finns motstridig reglering av samordningsrådets uppdrag och sjukhusstyrelsernas reglementen avseende bemanning. Motstridigheten avser att samordningsråden ska ta ett *gemensamt* ansvar avseende bemanningen medan sjukhusstyrelserna ska svara för bemanningen i den *egna* verksamheten.

Vidare konstaterar vi utifrån granskningen att det framgår att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens roll och ansvar är otydligt. Vi noterar att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till sjukhusstyrelserna inte heller upplevs transparent, begripligt och påverkansbart.

Enligt styrprinciper ska samtliga styrelser och nämnder årligen anta plan för intern kontroll. Granskningen visar att regionstyrelsen inte beslutat om en plan för intern kontroll 2023 vilket vi bedömer som bristfälligt.

Utifrån resultatet av vår granskning riktar vi nedanstående rekommendationer till regionstyrelsen och ansvariga sjukhusstyrelser. Merparten av rekommendationerna riktas till regionstyrelsen mot bakgrund av att styrelsen enligt reglementet har ett övergripande och samordnande vårdgivaransvar. Därtill ansvarar regionstyrelsen för att sjukhusstyrelserna bedriver sin verksamhet enligt fastställda reglementen. Revisionen uppmanar ansvariga styrelser att i övrigt beakta de bedömningar som framgår i revisionsrapporten.

Regionstyrelsen rekommenderas att:

- Tillse att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter tas tillvara i samband med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna.

- Säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll utifrån sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.
- Tillse att sjukhusstyrelserna i enlighet med sina reglementen mer aktivt verkar för och deltar i samordning och utveckling av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- Tillse att det inte finns motstridigheter i samordningsrådets uppdrag och sjukhusstyrelsernas reglementen avseende ansvaret för bemanning.
- Tillse att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens roll, ansvar och arbetssätt tydliggörs avseende hur utförarnas kunskaper och erfarenheter ska "tas till vara" i enlighet med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente.
- Tillse att det årligen upprättas en plan för intern kontroll.

Ansvariga sjukhusstyrelser rekommenderas att:

- Säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.
- Tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Datum som ovan

KPMG AB

Ludwig Reismer
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Olivia Gonzalez
Kommunal yrkesrevisor

Erik Cronqvist
Specialist

Veronica Hedlund Lundgren
*Kvalitetssäkrare och
Certifierad kommunal yrkesrevisor*

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

A Bilaga 1 – Bas- och tilläggsvolym 2023 samt utfall per augusti 2023

NU-sjukvården

Gynekologi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
4 000	2 528	2 520 (-8)
Gynekologi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
1 000	632	590 (-42)

Ortopedi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
3 800	2 402	2 469 (+67)
Ortopedi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023³⁹	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
3 600	1 919	1 822 (-97)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Gynekologi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
8 100	5 224	6 030 (+806)

³⁹ För höft- och knäprotes, axelprotes, ryggkirurgi och övrig ortopedi

Gynekologi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
3 000	1 824	1 604 (-220)

Ortopedi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
8 500	5 174	7 303 (+2129)
Ortopedi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023⁴⁰	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
8 380	5 920	4 449 (-1 471)

Sjukhusen i väster

Gynekologi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023 (inkl. RSLT-tillägg)	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
12 000	7 755	5 031 (-2 724)
Gynekologi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
1900	1 231	1 159 (-72)

Ortopedi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
10 000	6 275	5 559 (-716)

⁴⁰ För höft- och knäprotes, axeloperation, handkirurgi, ryggkirurgi och övrig ortopedi

Ortopedi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
5 600 ⁴¹	3 570	3 681 (+111)

Skaraborgs Sjukhus

Gynekologi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023 (inkl. RSLT-tillägg)	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
5 900	3 202	3 022 (-180)
Gynekologi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
805	659	661 (+2)

Ortopedi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
10 000	3 568	2 829 (-739)
Ortopedi – Operation		
Bas- och tilläggsvolym 2023⁴²	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
2 600	1 872	2 000 (+128)

Södra Älvsborgs Sjukhus

Gynekologi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
6 500	4155	4113 (-42)

⁴¹ För höft- och knäprotes, axelprotes och övrig ortopedi

⁴² För höft- och knäprotes, ryggkirurgi och övrig ortopedi

Gynekologi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
1 550	992	697 (-295)

Ortopedi – Första besök		
Bas- och tilläggsvolym 2023	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
4 600	2942	2714 (-228)
Ortopedi – Operation/behandling		
Bas- och tilläggsvolym 2023⁴³	Planerad volym jan-aug 2023	Utfall jan-aug 2023
2 880	1 812	1 902 (+90)

⁴³ För höft- och knäprotes, axelprotes och övrig ortopedi

Till styrelserna för Habilitering & hälsa, Närhälsan, Regionhälsan och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Granskning av samordnade insatser för barn och unga (REV 2023-00095)

Sakkunniga yrkesrevisorer i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen har tillsammans granskat samverkan kring barn och unga. Granskningen har omfattat grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden Sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och utbildningsnämnden

Syftet med granskningen var att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn som bedömts ha behov av samordnade insatser.

Vår samlade bedömning är att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig samverkan kring de barn och unga som bedömts ha behov av samordnade insatser. Vi lämnar därför tre rekommendationer till samtliga granskade nämnder och styrelser.

Vi rekommenderar granskade styrelser att

- stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.
- stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.
- arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi önskar få ett yttrande från er senast den 30 april 2024. Det ska framgå av yttrandet vilka åtgärder som ni har gjort eller planerar att göra med anledning av de rekommendationer som vi lämnar. Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

Revisionsrapporten översänds för yttrande till styrelsen för Habilitering & hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt för kännedom till regionfullmäktiges presidium.

Vänernborg den 13 december 2023

För revisorskollegiet,

Krister Stensson,
ordförande

Vivi-Ann Nilsson,
vice ordförande

Samordnade insatser för barn och unga

December 2023

Diarienummer Göteborgs Stad: 0156/23

Diarienummer Västra Götalandsregionen: REV 2023–00095

Granskningen är genomförd av revisionskontoret i Göteborgs Stad och
revisionsenheten i Västra Götalandsregionen

www.goteborg.se/stadsrevisionen

www.vgregion.se/revision

Innehåll

1	Samlad bedömning	4
1.1	Rekommendationer	5
2	Granskningens utgångspunkter	6
2.1	Syfte och revisionsfrågor	6
2.2	Avgränsningar	6
2.3	Revisionskriterier	7
2.4	Metod	7
3	Granskningsresultat	8
3.1	Styrning och organisation för samverkan	8
3.1.1	Struktur för närområdessamverkan är under uppbyggnad	8
3.1.2	Nämnder och styrelsers styrning behöver stärkas	10
3.1.3	Rutiner och arbetssätt för uppföljning av arbetet med SIP saknas	12
3.1.4	Bedömning	13
3.2	Samordnade individuella planer.....	14
3.2.1	Det finns utvecklingsområden i upprättande av SIP	15
3.2.2	Uppföljning av SIP på individnivå varierar.....	17
3.2.3	SIP-dokumentation förvaras i verksamhetssystem	18
3.2.4	Bedömning	19

1 Samlad bedömning

Sakkunniga yrkesrevisorer i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen har tillsammans granskat samverkan kring barn och unga. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn och unga som bedömts ha behov av samordnade insatser. Granskningen har omfattat Grundskolenämnden, Nämnden för funktionsstöd, Socialnämnden Sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Utbildningsnämnden.

Den samlade bedömningen är att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig samverkan. Granskningens huvudsakliga iakttagelser och bedömningar presenteras nedan.

Det finns en struktur för samverkan och för att implementera överenskommelsen¹ mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen. De granskade nämnderna och styrelserna ingår i denna struktur, men representation och överföring av information tillbaka till respektive linjeorganisation är ett utvecklingsområde. Adekvat representation i samverkansstrukturen är avgörande för att nämnderna och styrelserna ska kunna samverka på ett likvärdigt sätt. Vidare bedömer vi att det finns brister i styrning både på styrelse- respektive nämndnivå och på förvaltningsövergripande nivå. Detta medför risker för att barn och unga inte får de samordnade insatser som lagstiftning och överenskommelsen syftar till att säkerställa. Vi kan även konstatera att nämnderna och styrelserna saknar systematiska arbetssätt för att följa upp hur verksamheterna arbetar med samordnade insatser för barn och unga. Den bristande uppföljningen gör att verksamheternas arbete med samordnade individuella planer (SIP) är svårt att utvärdera, dels inom respektive linjeorganisation dels på en övergripande nivå inom samverkansstrukturen. För att säkerställa att verksamheterna lever upp till de krav som ställs i lagstiftning och regelverk bedömer vi att nämnderna och styrelserna bör stärka sin uppföljning.

Implementeringen av styrdokumentet pågår. Dock finns det fortfarande en bristande samsyn kring vissa delar, vilket medför en risk för att olika arbetssätt växer fram. Nämnden för funktionsstöd och Socialnämnden Sydväst har skapat en lokal struktur för implementering av regelverket som medför att arbetssätt hos professionerna utgår från de styrande dokumenten. Resterande granskade nämnder och styrelser saknar helt eller delvis en sådan struktur. Vi kan konstatera att de granskade nämnderna och styrelserna följer regelverket i varierande utsträckning men att det förekommer skillnader både inom och mellan nämnderna och styrelserna.

Vi bedömer att SIP:ar delvis upprättas enligt regelverket. Stickprovsgranskningen visar att de mallar som finns framtagna till stor del används. Däremot finns det utvecklingsområden vad gäller enhetlig tillämpning, dokumentation av samtycke samt dokumentation av barnrättsperspektiv. Vidare är det vår bedömning att SIP:ar i allt väsentligt följs upp på individnivå enligt regelverket. Samtliga verksamheter anger att de arbetar med uppföljning på individnivå.

¹ Samverkan för barns och ungas hälsa: Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen (2021-01-01),

Stickprovsgranskningen visar att dokumentationen av uppföljningen varierar. Trots de utvecklingsområden som granskningen visar kan vi konstatera att det skett en positiv förflyttning vad gäller dokumentation sen revisionens tidigare granskning år 2016.

Vad gäller förvaring och hantering av dokumentation är det vår bedömning att detta delvis sker i enlighet med regelverket. Vi kan konstatera att nuvarande IT-tjänst, SAMSA, inte används som tänkt för samordnad individuell plan för barn och unga. Dokumentationen hanteras i stället manuellt vilket medför ett administrativt merjobb som upplevs som betungande av den samordnande parten. Den administrativa belastningen att initiera en SIP-process riskerar att hämma användandet av SIP som verktyg för samverkan. Vår granskning visar både genom stickprov och intervjuer att det finns samordningsvinster med ett gemensamt och överenskommet arbetssätt kring dokumentationen och att nuvarande hantering innebär risker dels för individen dels för samverkan.

1.1 Rekommendationer

Utifrån granskningen lämnar vi följande rekommendationer till samtliga granskade nämnder och styrelser:

- *Att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.*
- *Att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.*
- *Att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.*

2 Granskningens utgångspunkter

Vissa barn och unga har behov av samordnade vård- och stödinsatser från hälso- och sjukvård, socialtjänst och förskola eller skola. Det kan bero på orsaker som social problematik, psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Alla myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka. Sedan 2010 finns i såväl socialtjänstlagen som i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att kommun och region ska upprätta en samordnad individuell plan när ett barn² har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård som måste samordnas. Syftet med planen är att säkerställa att barnets samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska tillgodoses. Stadsrevisionen i Göteborg och Västra Götalandsregionens revisorer granskade 2016 samverkan kring barn med behov av samordnade insatser. Granskningen visade bland annat att samverkansprocessen kring barnet behövde stärkas, att innehållet i de samordnande individuella planerna inte levde upp till lagstiftning och gällande riktlinjer och att det fanns brister i implementeringen av riktlinjerna.

2.1 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn som bedömts ha behov av samordnade insatser, inom de granskade nämnderna och styrelserna. Syftet har brutits ner i följande revisionsfrågor:

- Finns det en ändamålsenlig styrning och organisation för samverkan kring samordnade insatser för barn och unga?
- Upprättas de samordnade individuella planerna enligt regelverket?³
- Följs de samordnade individuella planerna upp enligt regelverket?
- Förvaras och hanteras dokumentation i enlighet med regelverket?

2.2 Avgränsningar

Granskningen omfattar följande nämnder i Göteborgs Stad och styrelser i Västra Götalandsregionen:

- grundskolenämnden
- nämnden för funktionsstöd
- socialnämnden Sydväst
- styrelsen för Habilitering & Hälsa

² Med begreppet barn avses alla individer 0–20 år och används synonymt med "barn och unga".

³ Regelverket utgörs av Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023, Samverkan för barns och ungas hälsa: Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen (2021-01-01) samt Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa

- styrelsen för Närhälsan
- styrelsen för Regionhälsan
- styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- utbildningsnämnden

Granskningen är avgränsad till att enbart omfatta samverkan kring barn som har bedömts ha behov av samordnade insatser från verksamheter inom Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionens ansvarsområde i kommunen Göteborg och som har en upprättad SIP. Därmed ingår inte de barn som eventuellt är föremål för samverkan men som inte har en SIP i granskningen. I granskningen ingår inte heller de privata vårdcentraler som finns i Göteborg.

2.3 Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som vi revisorer utgår ifrån vid analys och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning utgörs av:

- hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- skollagen (2010:800)
- socialtjänstlagen (2001:453)
- lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (2018:1197)
- Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023
- Samverkan för barns och ungas hälsa: Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen (2021-01-01)
- Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa

2.4 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och stickprov.

Inledningsvis intervjuade vi ledningspersoner inom respektive förvaltning med syfte att granska det övergripande styr- och ledningsarbetet samt för att kunna göra ett strategiskt urval av lämpliga verksamheter för nästa steg. I detta andra steg har vi intervjuat verksamhetsföreträdare i förvaltningarna som arbetar på enhets- eller mottagningsnivå, ofta enhetschef eller motsvarande tillsammans med någon eller några medarbetare. Syftet med dessa intervjuer har varit att granska det operativa arbetet med SIP för barn.

Vi har också stickprovsgranskat upprättade SIP-protokoll⁴ med tillhörande samtyckesblanketter och kallelser. Totalt har stickprovsgranskningen omfattat 70 planer med tillhörande dokumentation. Urvalet har gjorts av verksamheterna vilket gör att det är svårt att bedöma om det är enbart de bäst ifyllda protokollen

⁴ SIP-protokollet utgör själva planen.

som valts ut. Dock upprättas inte så många SIP-protokoll i de flesta av verksamheterna vilket innebär att de plockat fram alla de har, vilket talar för att det inte skett en styrd selektion av protokoll.

3 Granskningsresultat

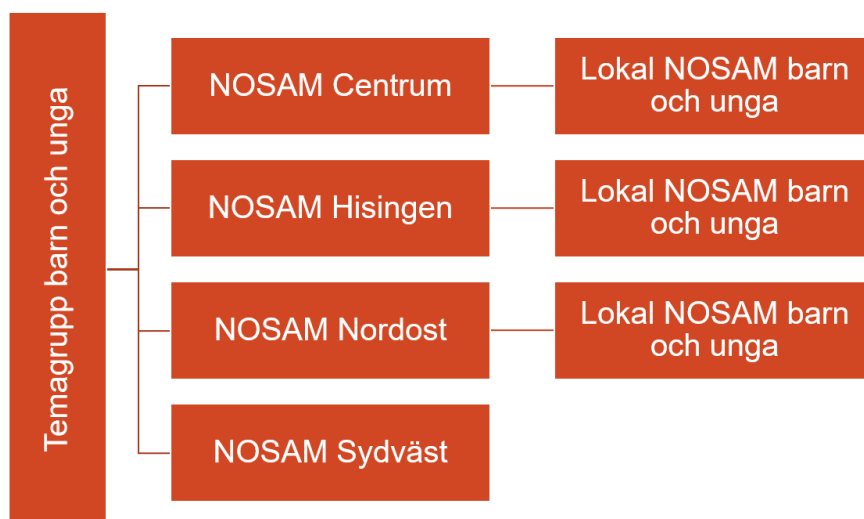
I det här avsnittet redovisar vi de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort i granskningen. Avsnittet är uppdelat utifrån revisionsfrågorna.

3.1 Styrning och organisation för samverkan

Följande avsnitt fokuserar på revisionsfrågan avseende styrning och organisation för samverkan kring samordnade insatser för barn och unga.

3.1.1 Struktur för närområdessamverkan är under uppbyggnad

Samverkan i Göteborgsområdet⁵ involverar politiker och flera chefsnivåer inom varje linjeorganisation. Strukturen består av grupperna politiskt samråd, politiskt presidium, ledningsgrupp för samverkan (LGS), beredningsgrupp LGS, temagrupper, utvecklingsgrupp SAMSA och närområdessamverkan (NOSAM). Ledamöter i grupperna utses av respektive organisation. Relevanta delar av den lokala strukturen presenteras kortfattat nedan.



Temagrupp barn och unga består av verksamhetsansvariga chefer i linjeorganisation eller andra nyckelpersoner med lämplig kunskap från både regionen och staden. Temagruppen har ansvar för att leda och driva samverkan kring barns och ungas hälsa i Göteborgsområdet. Temagruppens handlingsplan ska vara

⁵ Kommun och sjukvård, samverkan i Göteborgsområdet är en delregional vårdssamverkansstruktur som omfattar kommunerna Partille, Härryda, Mölndal, Göteborg och Öckerö samt de regionfinansierade verksamheterna för hälso- och sjukvård i det geografiska området.

styrande för samverkansarbetet. Samtliga granskade nämnder och styrelser är representerade i temagruppen.⁶

I Göteborg finns *NOSAM* inom varje stadsområde: Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst. Samtliga nämnder och styrelser, med undantag för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), är representerade i en eller flera av de fyra *NOSAM*. SU utser övergripande kontaktpersoner för *NOSAM*-strukturen som kan bjudas in vid behov.

Respektive *NOSAM* kan utse Lokala *NOSAM*. Centrum, Hisingen och Nordost har alla utsett ett *Lokalt NOSAM Barn och Unga*. *NOSAM Sydväst* har valt en annan struktur med uppdragsstyrda arbetsgrupper. De granskade nämnderna och styrelsernas representation i respektive Lokala *NOSAM* varierar.

Mot bakgrund av den nya nämndorganisationen i Göteborgs Stad och följdförändringar i vårdcentralernas närområdesansvar har *NOSAM*:s uppdrag och mandat reviderats. Förändringarna gäller från och med 2023. Vi kan i granskningen konstatera att *NOSAM*-strukturen fortfarande är under uppbyggnad vilket innebär en del olikheter mellan de fyra *NOSAM*. Det gäller både hur de organiserat sig avseende samverkan kring barn och unga, men även med avseende på vilka professioner och funktioner som finns representerade. Varje huvudman ansvarar för att i sin organisation förankra och/eller ta de formella beslut som krävs för att verkställa de beslut eller ställningstaganden som fattas i samverkansstrukturens olika forum. Med andra ord bygger samverkansstrukturen på att de representanter som utses till de olika forumen har mandat i sina organisationer. Om detta saknas finns det en risk för att samverkan inte verkställs på samma sätt ute hos respektive organisation.

3.1.1.1 Behov av fortsatt implementering av de gemensamma styrdokument

Styrningen på området barn och unga utgår från de läns gemensamt överenskomna dokumenten Överenskommelsen om samverkan för barn och ungas hälsa⁷, Riktlinje för SIP⁸ samt Tillämpningsanvisningar.⁹ Tillämpningsanvisningarna ska fungera som ett verktyg för implementeringen av överenskommelsen och riktlinjen för SIP i Göteborgsområdet genom att ange utgångspunkter, riktning och fokus för det lokala samverkansarbetet på individnivå och inom *NOSAM*. Utöver tillämpningsanvisningarna är Temagrupp Barn och Ungas handlingsplan för 2023¹⁰ styrande för *NOSAM*. Av handlingsplanen framgår temagruppens mål, strategi, och delmål med tillhörande aktiviteter.

Av granskningen framkommer att de gemensamma styrande dokumenten upplevs vara mer ändamålsenliga än tidigare styrande dokument på området. Flera

⁶ Socialtjänsten i Göteborg är representerad av en av de fyra socialnämnderna, Socialnämnd Hisingen.

⁷ Samverkan för barns och ungas hälsa: Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen (2021-01-01)

⁸ Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen 2020–2023

⁹ Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa

¹⁰ Temagrupperna tar fram handlingsplaner med konkreta aktiviteter som ska bidra till måluppfyllelse utifrån Samverkansplanen. Samverkansplanen 2020–2023: underlag formulerat av politiker och tjänstepersoner baserat på lagstiftning och styrande dokument för ingående parter.

verksamheter lyfter dock fram att det görs olika tolkningar av dokumentens innehåll och att det saknas samsyn. Några exempel på detta är:

- vem som har ansvar för att initiera en SIP
- tolkningen av begreppet “behov”
- hur många verksamheter som måste medverka för att SIP ska kunna användas
- vad som gäller kring digitala SIP-möten
- om man kan bjuda in en verksamhet där individen inte har ett aktivt ärende.

Vi noterar att verksamheterna har varierande kunskap om de styrande dokumenten, framför allt vad gäller överenskommelsen med tillhörande tillämpningsanvisning och Temagruppens handlingsplan. Bristen på samsyn kring centrala delar av samverkansprocessen riskerar att leda till att olika arbetssätt växer fram, både inom huvudmännens verksamheter och mellan huvudmännens verksamheter. Vad gäller implementeringen av riktlinjen för SIP visar granskningen att även detta är ett utvecklingsområde för vissa verksamheter, främst inom Utbildningsnämnden, Regionhälsan och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Övriga verksamheter har god kännedom om riktlinjen.

3.1.2 Nämnder och styrelser styrning behöver stärkas

Av de granskade nämnderna och styrelserna är det endast en – Socialnämnden Sydväst – som har tydliga målsättningar för samverkan för barn och unga. I övrigt saknas styrsignaler för området på nämnd- och styrelsenivå. Vad gäller styrning på förvaltningsledningsnivå är även detta ett utvecklingsområde för de granskade verksamheterna. Verksamheterna beskriver att den förvaltningsövergripande styrningen främst sker genom representation och deltagande i samverkansstrukturens Temagrupp och i NOSAM. Som tidigare nämnts bygger samverkansstrukturen på att de representanter som utses till de olika forumen antingen har “rätt” eget mandat eller en tydlig mottagare med “rätt” mandat i sin organisation. Vi kan konstatera att representanterna i samverkansstrukturen kommer från olika nivåer i respektive linjeorganisation och att det är ofta ottydligt hur informationen återförs till linjeorganisationen. Detta medför en risk för att de styrsignaler som kommer från Temagruppen och NOSAM inte återförs till en förvaltningsövergripande nivå utan till olika nivåer i linjen. Utöver den styrning som sker genom att verksamheterna är representerade i samverkansstrukturen kan vi inte se att det sker någon annan styrning från de granskade verksamheterna.

Flera av verksamheterna ser framtagandet av målsättningar på verksamhetsnivå som ett utvecklingsområde. Detta gäller framför allt Närhälsan, Grundskolenämnden och Utbildningsnämnden. Några av verksamheterna ger olika exempel på hur de arbetar för att skapa systematik på verksamhetsnivå. Socialnämnd Sydväst och Nämnden för funktionsstöd har exempelvis tagit fram implementeringsplaner för SIP-arbetet på enhets- respektive områdesnivå. För att underlätta samverkan både internt och externt har Sahlgrenska Universitetssjukhuset påbörjat ett arbete för att skapa en gemensam struktur och gemensamma arbetssätt

mellan BUP-enheterna och somatisk vård inom Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus. Avsaknaden av förvaltningsövergripande styrning på området identifieras dock som en brist av flertalet verksamheter.

3.1.2.1 Professionernas arbetssätt med SIP

Det pågår en stor satsning i Göteborgsområdet för att stärka arbetet med SIP som verktyg för samverkan. Vårdsamverkan i Göteborgsområdet arbetar sedan år 2021 utifrån en delregional implementeringsplan för SIP. År 2022 fanns upp emot 300 utsedda SIP-utbildare inom hela Göteborgsområdets regionala och kommunala verksamheter.¹¹ SIP-utbildarnas uppdrag är att sprida kunskap om SIP inom sitt verksamhetsområde. SIP-utbildare kallas ibland lokalt för Nyckelperson, SIP-kunnig, SIP-ambassadör eller SIP-stödjare. Tanken är att SIP-utbildarna ska verka för implementering av de gemensamma styrande dokumenten i sin verksamhet. Inom varje NOSAM och inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns det därtill SIP-samordnare som ska följa och stötta SIP-utbildarnas utbildningar och informationsinsatser. SIP-samordnare rapporterar hur implementeringen fortskrider till NOSAM, SU och till SIP-koordinatören för Göteborgsområdet. Av granskningen framkommer att verksamheterna har kommit olika långt i arbetet med att implementera en lokal struktur för SIP-utbildare. På samma sätt varierar graden av etablerade arbetssätt bland verksamheternas professioner utifrån de styrande dokumenten.

Hos Nämnden för funktionsstöd och Socialnämnden Sydväst finns etablerade arbetssätt hos professionerna vad gäller SIP. Verksamheterna arbetar systematiskt med utbildningsinsatser och det finns en lokal struktur för SIP-utbildare. Det sker även löpande utbildningsinsatser för berörda professioner och chefer.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Regionhälsan, Grundskolenämnden och Närhälsan har ett delvis systematiskt arbetssätt med utbildningsinsatser och en delvis etablerad struktur för SIP-utbildare. Däremot skiljer det sig åt mellan avdelningar och enheter. Exempelvis saknas strukturen inom barnsjukhusets öppenvårdsverksamhet, men den är mer etablerad inom slutenvården och psykiatrin. Inom Grundskolenämnden finns SIP-utbildare, men kunskapen om SIP och etablerade arbetssätt är ojämnt fördelat bland skolorna i staden. Närhälsan förespråkar en samordnande funktion för att säkerställa kompetens och etablerade arbetssätt i samtliga primärvårdsområden, men i dagsläget ser det olika ut mellan verksamheterna, exempelvis med avseende på vilka av vårdcentralerna som har en SIP-utbildare. Även inom Regionhälsans verksamheter beskrivs samma fragmentering vad gäller kompetens och arbetssätt. Exempelvis finns det en struktur för SIP-utbildare inom Barn- och ungdomsmedicins verksamheter, men det saknas inom andra delar av Regionhälsans berörda verksamheter.

Utbildningsnämnden saknar SIP-utbildare och de berörda professionerna arbetar på olika sätt med SIP. Vi noterar att det förekommer skillnader både mellan gymnasieskolorna och mellan gymnasieprogrammen. Förvaltningen har inte genomfört några utbildningsinsatser om SIP, men enligt uppgift planeras

¹¹ Årsrapport 2022 Kommun och sjukvård Samverkan i Göteborgsområdet
Fastställd av Ledningsgrupp för samverkan, LGS, 2022-02-16

utbildningar genomförs under sen höst 2023 eller tidig vår 2024. Inte heller Habilitering & Hälsa har några SIP-utbildare och etablerade arbetssätt finns i varierande grad bland de olika professionerna och verksamheterna.

3.1.3 Rutiner och arbetssätt för uppföljning av arbetet med SIP saknas

I samband med att vi granskat styrningen och organisationen av SIP-arbetet, har vi ställt frågor rörande hur uppföljningen av arbetet går till på verksamhetsnivå samt på förvaltningsövergripande nivå.

Granskningen visar att det som regel inte sker någon uppföljning och rapportering på övergripande nivå kring SIP-arbetet för barn i de granskade nämnderna och styrelserna. Det saknas rutiner och arbetssätt för att följa upp hur verksamheterna arbetar med SIP både på verksamhetsnivå och på förvaltningsövergripande nivå.

I granskningen framkommer att SIP inte genererar en ersättning i regionens ersättningssystem och därmed inte följs upp på övergripande nivå. SIP följs delvis upp på verksamhetsnivå inom Sahlgrenska universitetssjukhuset, exempelvis när det gäller barn och ungdomar som är utskrivningsklara från slutenvården. Det finns också exempel i granskningen där samverkan i stort har varit ett fokusområde som följts upp, och där har SIP-arbetet varit en del. Några verksamheter har även valt att följa upp antalet SIP:ar som är aktuella på enheten.

I dagsläget saknas det samlad information om hur många barn och unga i Göteborgsområdet som har fått en SIP upprättad. De granskade verksamheterna hanterar SIP-dokumentation i sina respektive verksamhetssystem (se vidare beskrivning i avsnitt 3.2.3). Flera verksamheter har pekat på att det är svårt att söka fram dokumentation rörande antalet SIP-ärenden i sina system. Det försvårar en uppföljning av SIP-arbetet på en övergripande nivå. Inom den regionala vården finns möjligheten att registrera SIP med så kallade KVÅ-koder (åtgärdskod). KVÅ-registrering sker i relativt begränsad omfattning och ger heller ingen ekonomisk ersättning i nuläget. Detta kan förklara varför statistiken har vissa brister.

Uppföljningen av arbetet med samverkan via SIP identifieras som ett riskområde i intervjuerna. Styrelser och nämnder har ansvar för att se till att SIP erbjuds och används i tillräcklig omfattning för dem som har behov av samordnade insatser. När det saknas arbetssätt för att följa upp hur SIP används och hur SIP-arbetet bedrivs blir det svårare att säkerställa att samordningen för individen sker enligt lagstiftningen.

3.1.3.1 Uppföljning av implementering sker inom NOSAM

Granskning visar att det sker en uppföljning av den implementeringsplanering som NOSAM arbetar med. Implementeringsplaneringen innefattar utbildningsinsatser och andra insatser som syftar till att öka kunskapen om SIP samt nätverksbyggande mellan de samverkande verksamheterna. Som vi tidigare

konstaterat är samverkanstrukturen fortfarande under uppbyggnad och uppföljningen har främst fokus på implementeringsarbetet i Göteborgsområdet.

Det finns exempel på uppföljning på verksamhetsnivå, som i Socialnämnd Sydväst där man skapat en implementeringsplan utifrån NOSAM-strukturen. Implementeringsplanen har sen följts upp. Det handlar exempelvis om uppföljning av hur många av medarbetarna som gått den SIP-utbildning som erbjudits.

3.1.3.2 Avvikelse lyfts genom kontakt mellan verksamheterna

Enligt överenskommelsen ska varje verksamhet inom ramen för sitt kvalitetsledningssystem ha ett arbetssätt för hantering av avvikelser. För detta kan IT-stödet MedControl PRO användas. MedControl PRO är det ordinarie avvikelshanteringssystemet för regionens verksamheter. De granskade verksamheterna inom Göteborgs Stad har dock andra avvikelshanteringssystem för sin ordinarie verksamhet och använder endast MedControl PRO för avvikelser som berör externa verksamheter.

Enligt verksamheterna är det inte tydligt hur avvikelser kring samverkan i SIP-processen ska hanteras. Vi har i granskningen efterfrågat dokumenterade avvikelser avseende samverkan men inte fått några. Att MedControl PRO inte är det ordinarie systemet inom skola och socialtjänst identifieras som en bidragande orsak till att få avvikelser rörande samverkan rapporteras.

Av intervjuerna framkommer att de vanligaste avvikelserna kopplade till samverkan är att verksamheter som bjudits in till SIP-möte inte deltagit eller att det uppstått konflikter mellan verksamheter på sittande möte. De arbetssätt som beskrivs för att hantera denna typ av avvikelser är att man tar direkt kontakt med berörd verksamhet snarare än att rapportera i avvikelshanteringssystemet. Det framkommer också i granskningen att flera verksamheter vid en avvikelse inom SIP skulle lyfta det i sitt ordinarie system för avvikelshantering. Det har också funnits exempel i granskningen där verksamheten beskrivit att de lyft avvikelser inom ramen för NOSAM-arbetet.

3.1.4 Bedömning

Det finns en struktur för samverkan och för att implementera överenskommelsen. Granskningen visar att representation i samverkansstrukturen och överföring av information tillbaka till respektive linjeorganisation är avgörande för att samverkan ska verkställas på ett likvärdigt sätt i nämnderna och styrelserna. Vi kan konstatera att detta är ett utvecklingsområde. Granskningen visar att SIP som verktyg för samverkan används ute i verksamheterna. Däremot kan vi konstatera att det finns brister i styrningen, både på styrelse- respektive nämndnivå och på förvaltningsövergripande nivå. Granskningen visar att det pågår ett implementeringsarbete av de styrande dokumenten. Dock finns det fortfarande en bristande samsyn kring vissa delar, vilket medför en risk för att olika arbetssätt växer fram. Nämnden för funktionsstöd och Socialnämnden Sydväst har etablerat en lokal struktur för SIP-utbildare vilken medför likartade arbetssätt hos professionerna utifrån de styrande dokumenten. Resterande granskade nämnder och

styrelser saknar helt eller delvis detta. Slutligen visar vår granskning att nämnderna och styrelserna saknar systematiska arbetssätt för att följa upp hur verksamheterna arbetar med SIP. Den bristande uppföljningen gör att verksamheternas arbete med SIP är svårt att utvärdera dels inom respektive linjeorganisation dels på en övergripande nivå inom samverkansstrukturen.

Vår bedömning är att nämnderna och styrelserna delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning och organisation för samverkan kring samordnade insatser för barn och unga. Det finns en struktur för samverkan och implementering som utgår från överenskommelsen där nämnderna och styrelserna ingår, däremot bedömer vi att det finns brister i styrningen inom respektive organisation. Det är även vår bedömning att nämnderna och styrelserna bör stärka sin uppföljning av SIP-arbetet för att säkerställa att verksamheten lever upp till de krav som ställs i lagstiftningen gällande SIP för barn och unga.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

Samtliga granskade nämnder och styrelser rekommenderas att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.

Samtliga granskade nämnder och styrelser rekommenderas att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.

3.2 Samordnade individuella planer

I följande avsnitt har vi slagit samman tre revisionsfrågor¹² då de berör olika aspekter av arbetet med samordnade individuella planer. Överenskommelsen med tillhörande tillämpningsanvisningar och den regionala riktlinjen för SIP utgår från kraven i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Barnkonventionen är utgångspunkt för de styrande dokumenten vilka ska säkerställa ett barnrättsperspektiv.¹³ Utöver dessa styrande dokument finns även framtagna mallar för kallelse till SIP-möte, SIP-protokoll och samtyckesblankett. SIP-protokollet utgör själva planen.

En samordnad individuell plan ska upprättas för barnet när barnet, vårdnadshavare, skola eller vårdgivare identifierat ett behov och barnet har insatser från båda huvudmännen. Sedan år 2021 ska verksamheterna göra SIP även för barn och unga med mindre allvarliga utmaningar. Regelverket anger att det av SIP:en ska framgå vilka insatser som behövs och vilka insatser som respektive huvudman ska ansvara för. Den som upptäcker att det kan finnas ett behov av en SIP

¹² Upprättas de samordnade individuella planerna enligt regelverket? Följs de samordnade individuella planerna upp enligt regelverket? Förvaras och hanteras dokumentation i enlighet med regelverket?

¹³ Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa s. 4, 7, 14.

ska ta initiativ till att starta processen.¹⁴ Den som initierar en SIP är även ansvarig för SIP-processen och är sammankallande. Av riktlinjen framgår även att SIP-processen i första hand ska hanteras i gällande IT-tjänst (SAMSA¹⁵), i andra hand ska de mallar som finns framtagna användas.¹⁶

3.2.1 Det finns utvecklingsområden i upprättande av SIP

3.2.1.1 Initiering av SIP upplevs som betungande

Inför stickprovsgranskningen ombads respektive verksamhet att ta fram upprättade individuella planer (SIP-protokoll) med tillhörande dokumentation (kallelse och samtyckesblankett). I samband med begäran framkom att det fanns stora skillnader mellan verksamheterna i hur ofta de initierade SIP-processen och därmed var sammankallande och hade ansvar för upprättandet av dokumentationen. För vissa verksamheter var det därför svårt att få fram den dokumentation vi begärde.

Granskningen visar att det företrädesvis är några verksamheter som upprättar SIP medan några överlåter initiativet till andra. Majoriteten av verksamheterna vi träffat beskriver att det är mer vanligt förekommande att de blir kallade på SIP-möten än att de själva initierar. De framhåller också att det är administrativt tungt och tidskrävande att vara den som initierar en SIP. Av granskningen framkommer att IT-tjänsten SAMSA inte används för arbetet med SIP för barn och unga. Detta innebär att samtlig dokumentation måste hanteras manuellt. Det samma gäller kallelser till berörda professioner, eftersom man inte använder SAMSA för att kalla till SIP-möten måste kontaktuppgifter sökas fram och kallelser skickas manuellt. I intervjuerna framkommer även att det finns begränsningar i möjligheten att för regionala verksamheter skicka dokument via krypterad e-post till annan huvudman.

En framgångsfaktor som identifierats för en bra SIP-process är ett väl genomfört förarbete och förmöten mellan berörda professioner, men tid för detta saknas ofta i verksamheterna. Flera verksamheter ser ett behov av administrativt stöd i processen, då den administrativa belastningen lyfts som ett skäl till att inte initiera SIP. Flera av de intervjuade efterfrågar ytterligare resurser för att administrera denna uppgift.

Som tidigare nämnts genererar inte SIP en ersättning i regionens ersättningsssystem. Flera av de granskade regionala verksamheterna uppger att om mötena skulle registreras på annat sätt och generera intäkter så skulle troligen fler möten sammankallas. Granskningen visar också på bristande kännedom om regelverket och skyldigheten hos var och en att starta SIP-processen när den enskilde behöver insatser från båda huvudmännen. Däremot uppger samtliga granskade verksamheter att de samverkar med andra huvudmän och beskriver andra samverkansformer utöver SIP.

¹⁴ Riktlinje SIP, 3.1, s.8

¹⁵ Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa s.18

¹⁶ Riktlinje SIP s.7

3.2.1.2 Det varierar mellan verksamheterna hur mallarna används

Stickprovsturvalet har avgränsats till upprättade SIP:ar, där vi bett att få ta del av SIP-protokoll med tillhörande kallelse och samtyckesblankett. Stickprovsgranskningen visar att protokollsmallen har använts i 58 fall av 70. Noterbart är att vi i hög utsträckning bara fått till oss själva protokollet, i några få stickprov har även kallelsen ingått i dokumentationen. Detsamma gäller mall för samtycke.

Granskningen visar att protokollsmallen generellt upplevs som ändamålsenligt utformad. Däremot uppger ett antal verksamheter att mallen är tidsödande och krånglig att fylla i. Någon verksamhet använder inte överhuvudtaget dokumentmallarna utan anser, med hänsyn till administrativ förenkling, att dokumentation ska ske i deras ordinarie verksamhetssystem som löpande noteringar.

Vi kan konstatera att det finns en variation i hur mallarna fylls i och vilken information som framgår av dokumentationen i protokollet. I vissa fall är det en omfattande dokumentation och i princip har samtliga delar av mallen fyllts i. I många fall är dokumentationen dock relativt knapphändig och vissa avsnitt i mallen har lämnats tomma. Det senare kan vara en risk då det blir svårare att utläsa vilka behov som finns och vilka aktiviteter/insatser som ska vidtas av vem. Riktlinjen föreskriver att insatser, åtgärder, ansvar och samordning ska framgå av protokollet.¹⁷

3.2.1.3 Samtyckesblanketten saknas i de flesta fall

Av regelverket framgår att ett samtycke ska lämnas skriftligen, muntligen eller genom att patienten på annat sätt visar att han eller hon samtycker. Ett muntligt samtycke ska i första hand dokumenteras i SAMSA, i andra hand i verksamheternas dokumentationssystem.¹⁸ I granskade SIP-protokoll har det framgått, i de allra flesta fall, att barnet eller barnets ombud gett sitt samtycke/godkänt innehållet i planen. Dock innehåller endast 7 av 70 stickprov själva samtyckesblanketten ifylld. Detta innebär inte nödvändigtvis att samtycke inte har getts. Samtycke får enligt regelverket inhämtas muntligen, men ska då dokumenteras i antingen SAMSA eller verksamhetens dokumentationssystem. Vi har dock inte verifierat att detta gjorts. Några intervjuade personer har nämnt fördelen med att hantera SIP-processen i SAMSA eftersom samtycket noteras i IT-tjänsten varpå det följer med i den fortsatta processen och dokumentationen så länge det är giltigt.

En utmaning i vår stickprovsgranskning har varit att berörd verksamhet inte alltid varit den sammankallande parten för de SIP:ar som valts ut för stickprovet och därmed inte upprättat SIP-protokollet. Dessa verksamheter har därför inte heller samtycket dokumenterat för aktuell SIP. Det minskar med vilken säkerhet vi kan fastslå huruvida samtycke finns eller inte för varje SIP.

¹⁷ Riktlinje SIP s.7

¹⁸ Riktlinje SIP s.15

3.2.1.4 Barnets delaktighet framgår till viss del i dokumentationen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen ska SIP bara upprättas om den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Enligt riktlinjen ska det i varje enskilt fall bedömas om behov föreligger. Barnet och dess närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse.¹⁹ Enligt tillämpningsanvisningarna behöver förarbetet inför SIP-mötet ledas av frågan om vad som är viktigt för barnet.²⁰ Verksamheterna ska även sträva efter att stärka eventuella vårdnadshavares delaktighet då det ses som ett medel för att nå målet om barnets delaktighet.

I mallen för SIP-protokollet finns möjlighet att dokumentera barnets upplevelser om vad som fungerar bra, vad som inte fungerar och vilka behov som närstående har. I stickproven framgår barnets synpunkter i 32 fall av 70. Vårdnadshavares synpunkter framgår i 51 fall. Synpunkterna finns inte alltid dokumenterade under avsedda rubriker i SIP-protokollet.

De intervjuade beskriver olika arbetssätt för att skapa delaktighet för barnet/ungdomen. Vissa uppger att själva SIP-mötet är en garant för att tillvarata barnets behov medan andra beskriver att vårdnadshavaren ansvarar för att framföra barnets behov och synpunkter. Några verksamheter beskriver mer genomarbetade metoder och processer för att öka barnets delaktighet, exempelvis genom att en medarbetare med god relation till barnet samtalar med hen inför mötet och dokumenterar upplevelser, känslor och behov. I vissa fall deltar barnet/ungdomen på själva SIP-mötet under hela eller delar av mötet.

Som tidigare nämnts är förarbetet inför SIP-mötet avgörande för mötets utfall. Flera intervjuade personer framhåller också att det är centralt att förarbetet är väl utfört och att det är barnets behov som ska stå i fokus och inte verksamheternas behov. I intervjuerna beskrivs exempel på möten där förarbetet och barnets delaktighet brustit och där fokus på SIP-mötet i stället har blivit att reda ut verksamhetsmässiga frågor inför barn och dess vårdnadshavare. Det kan handla om frågor som, enligt regelverket, ska ha hanterats innan själva mötet, exempelvis frågor avseende ekonomi eller insatser som en aktör vill att annan part ska bevilja.

I SIP-protokollet ska det anges kort- och långsiktiga mål för samverkan kring barnet. Målen ska utgå från barnets behov. Det är inte alltid tydligt på vilket sätt angivna åtgärder bygger på barnets behov och mål för samverkan. I stickproven är långsiktiga mål dokumenterade i 42 protokoll och kortsiktiga mål i 53 protokoll. Målen är dokumenterade i varierande textmässigt omfång.

3.2.2 Uppföljning av SIP på individnivå varierar

För att stärka den enskilde och utvärdera planeringen behöver de aktuella parterna i SIP:en ha ett gemensamt uppföljningsmöte med barnet.²¹ Syftet med

¹⁹ Riktlinje SIP 7.7

²⁰ Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa s.11

²¹ Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa s.11

uppföljningen är att vid behov justera planeringen och insatserna samt utvärdera om insatserna ger önskad effekt. I 50 av de 70 stickproven framgår datum för uppföljning av SIP:en alternativt att SIP:en ska följas upp utan bestämt datum. Sett mellan verksamheterna så varierar andelen som har ett överenskommet uppföljningsdatum. Samtliga verksamheter uppger att de vid behov medverkar vid uppföljande SIP-möten på individnivå med de andra samverkande parterna. Ett fåtal verksamheter följer snarare upp barnet inom ramen för den egna verksamhetens vård- och omsorg. Våra stickprov visar även att man i vissa SIP:ar har justerat vilka parter som ska bjudas in till uppföljningsmöten. Dessa justeringar har gjorts utifrån barnets behov av insatser. I vissa fall, vilket framgår i intervjuer, ifrågasätter en del verksamheter varför de ska fortsätta kallas till SIP-möten. Verksamheterna anser i dessa fall att deras bidrag till barnets vård och omsorg är för lågt för att motivera deras fortsatta medverkan i SIP-processen.

Enligt regelverket ska SIP-processen pågå tills den enskildes behov av insatser från både kommun och region inte längre kvarstår.²² I ett mindre antal stickprov har vi fått både det först upprättade SIP-protokollet och de uppföljande protokollen. Dessa visar dels behovet av den fortsatta SIP-processen för barnet/den unge, dels de justeringar i aktiviteter och insatser som sker för hen över tid.

3.2.3 SIP-dokumentation förvaras i verksamhetssystem

Som tidigare nämnt ska SIP-processen i första hand hanteras i SAMSA. Stickprovsgranskningen har visat att en (1) SIP av totalt 70 har dokumenterats i SAMSA. Övriga har dokumenterats i respektive verksamhets verksamhetssystem och/eller på annat sätt.

Våra intervjuer med verksamheterna bekräftar att SAMSA inte används i särskilt hög grad. Vissa har SAMSA installerat och i drift (till exempel Närhälsan, Nämnden för funktionsstöd, Sahlgrenska Universitetssjukhuset) men SAMSA används i dessa fall för andra syften, exempelvis för utskrivningsklara patienter. Företrädare för den regionala vården anger också att slutenvården har tillgång till SAMSA och kan registrera i systemet medan mottagningarna (öppenvård) inte kan logga in i systemet och därmed inte har direkt tillgång till informationen i systemet. Detta anges som en risk och som ett hinder i samarbetet mellan vårdgivare. Flera verksamheter inom Västra Götalandsregionen har medvetet inväntat det kommande bytet av verksamhetssystem (journalssystem) till Millennium där en ny funktion ska underlätta samverkan mellan huvudmän.

Av granskningen framkommer att en ökad och bredare användning av SAMSA avseende SIP barn/unga hindras av att flertalet verksamheter inte använder sig av systemet. Detta i sin tur reducerar nyttan för de verksamheter som använder SAMSA för dokumentation, eftersom det innebär dubbeldokumentation. Exempel på verksamheter som inte är anslutna till SAMSA är Grundskolenämnden, Utbildningsnämnden, Regionhälsan, Habilitering & Hälsa.

I intervjuerna framkommer att ett vanligt förekommande förfaringsätt är att dokumentationen i etablerade mallar skickas som post från samordnande part

²² Riktlinje SIP s.7

till involverade verksamheter. De senare skannar in underlagen och lägger in dem i sina respektive verksamhetssystem (journal, barnets akt, etc.). Enstaka verksamheter dokumenterar SIP-arbetet endast som löpande (journal-) anteckningar utan bifogade mallar. Samtliga verksamheter uppger att det oavsett dokumentationssätt är tydligt hur SIP-dokumentationen ska hanteras lokalt. Ett undantag finns inom den regionala vården där det har framkommit att SIP-protokoll undantagsvis inte har hanterats som journalhandling utan förvarats utanför journalsystemet. En sådan förvaring är oförenlig med regelverket för hantering av patientjournaler.

Enligt regelverket ska som tidigare nämnts även muntligt samtycke i första hand dokumenteras i SAMSA och i andra hand i verksamheternas dokumentationssystem. Med tanke på att endast en SIP i vårt stickprov har varit dokumenterad i SAMSA indikerar detta att muntligt samtycke främst dokumenteras i verksamhetssystem. Alternativt att det inte finns dokumenterat alls utan har avgetts muntligt utan tillhörande dokumentering.

Inom ramen för granskningen har vi också noterat att avsaknaden av en gemensamt använd IT-tjänst leder till ökad administration hos de samverkande parterna. Exempelvis är det svårt att hitta rätt kontaktuppgifter och de måste skicka dokument till varandra med post. Det senare ökar risken för att känsliga personuppgifter röjs eller går förlorade.

3.2.4 Bedömning

3.2.4.1 Upprättande av SIP

Vi bedömer att de samordnade individuella planerna delvis upprättas enligt regelverken. Stickprovsgranskningen visar att de mallar som finns framtagna till stor del används. Däremot finns det utvecklingsområden vad gäller enhetlig tillämpning av mallen, dokumentation av samtycke samt dokumentation av barnperspektivet.

Vi bedömer att flertalet verksamheter behöver arbeta för en mer enhetlig och tillfredställande dokumentation i mallarna för att leva upp till regelverkens krav. Samtidigt är det viktigt att dokumentationen inte upplevs som mer administrativt betungande för verksamheterna. Vår bedömning är att det finns ett behov av att verksamheterna tillsammans ser över vilka delar av protokollen som är viktiga att dokumentera för att få till en bra SIP-process för inblandade parter och med barnets behov i centrum.

För att kunna genomföra SIP-processen och dess möten, och samtidigt beakta gällande sekretesskrav, är det viktigt att inhämta samtycke. Våra stickprov visar att samtycke sällan inhämtats via avsedd blankett. Samtycke kan ges muntligt men ska i så fall dokumenteras. Intervjuerna indikerar att samtycke är en fråga som verksamheterna beaktar och att dokumentationen främst sker i det egna verksamhetssystemet. Revisionen har med vald metod inte kunnat verifiera att samtycke är inhämtat enligt regelverket. Vår bedömning är att dokumentationen

av samtycket bör förbättras i använda mallar så att samtycke framgår och är dokumenterat.

Av granskningen framkommer att verksamheterna har olika metoder för hur barnets synpunkter och behov kan infångas och synliggöras i SIP-processen. Däremot kan vi konstatera att dokumentationen av barnets delaktighet kan stärkas. Detta för att synliggöra att man har säkerställt ett barnrättsperspektiv.

3.2.4.2 Uppföljning av SIP på individnivå

Vi bedömer att de samordnade individuella planerna i allt väsentligt följs upp enligt regelverket. Granskningen har visat att det i relativt hög grad sker uppföljande möten med berörda parter som en del i SIP-processen. Samtliga verksamheter anger att de arbetar med uppföljning på individnivå. Stickprovsgranskningen har visat viss variation i hur uppföljningen dokumenteras. I vissa fall byggs den befintliga (ursprungliga) upprättade SIP-mallen ut för fortsatt användning, i andra fall skapas nya dokument. Vi kan konstatera att det senare försvårar att följa ärendet över tid men även innebär en risk för att ärendet blir personbundet. Då dokumentationen blir uppdelad innebär detta en risk för att viktig information kring barnet inte följer med om ärendet övertas av en ny medarbetare.

3.2.4.3 Förvaring och hantering av SIP-dokumentation

Vi bedömer att förvaringen och hanteringen av SIP-dokumentation delvis sker i enlighet med regelverket. Vi kan konstatera att nuvarande IT-tjänst, SAMSA, inte används som tänkt för samordnad individuell plan för barn och unga. Förvaring och hantering av dokumentation är med nuvarande arbetssätt administrativt betungande.

Vi menar att det finns samordningsvinster med ett gemensamt och överenskommet arbetssätt kring dokumentationen och att nuvarande hantering innebär risker, dels för individen dels för samverkan. Av tillämpningsanvisningarna framgår att "SAMSA bör fortsatt utvecklas för alla parter".²³ Vi vill betona vikten av att samtliga berörda samverkansparter använder och arbetar i denna eller annan överenskommen IT-tjänst.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

Samtliga nämnder och styrelser rekommenderas att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

²³ Tillämpningsanvisningar i Göteborgsområdet för Överenskommelse om Samverkan för barns och ungas hälsa s.18

Till regionstyrelsen, styrelsen för Fastighet, stöd och service samt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus (REV 2023-00100)

Revisionen har granskat styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus. Granskningen omfattar regionstyrelsen, styrelsen för Fastighet, stöd och service samt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om de granskade styrelserna säkerställt en ändamålsenlig styrning med tillräcklig intern kontroll av fastighetsinvesteringar i sjukhus för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi. Granskningen har omfattat Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem för investeringsprocessen generellt samt konkret två investeringsprojekt, nytt sjukhus vid Wieselgrensplatsen och ny sjukhusbyggnad Sahlgrenska Life Hus 1.

Granskningens fokus har varit att bedöma styrelsernas hantering av styrningen av Västra Götalandsregionens investeringsprocess. Investeringsprocessen innehåller fyra faser där beredning och beslut sker av investeringsärenden. Granskningen har omfattat fas 1 Behovsanalys, fas 2 Förstudie, fas 3 Genomförandeplanering.

Vår bedömning är att regionstyrelsen, styrelsen för Fastighet, stöd och service samt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och intern kontroll avseende fastighetsinvesteringar i sjukhus för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi för de granskade investeringsprojekten.

Vi lämnar följande rekommendationer till regionstyrelsen, styrelsen för Fastighet, stöd och service samt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset med anledning av granskningen:

- säkerställ att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess
- säkerställ att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen
- säkerställ att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv.

Vi önskar få ett yttrande från er senast den 30 april 2024. Det ska framgå av yttrandet vilka åtgärder som ni har gjort eller planerar att göra med anledning av de rekommendationer som vi lämnar. Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

Revisionsrapporten översänds för yttrande till regionstyrelsen, styrelsen för Fastighet, stöd och service samt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

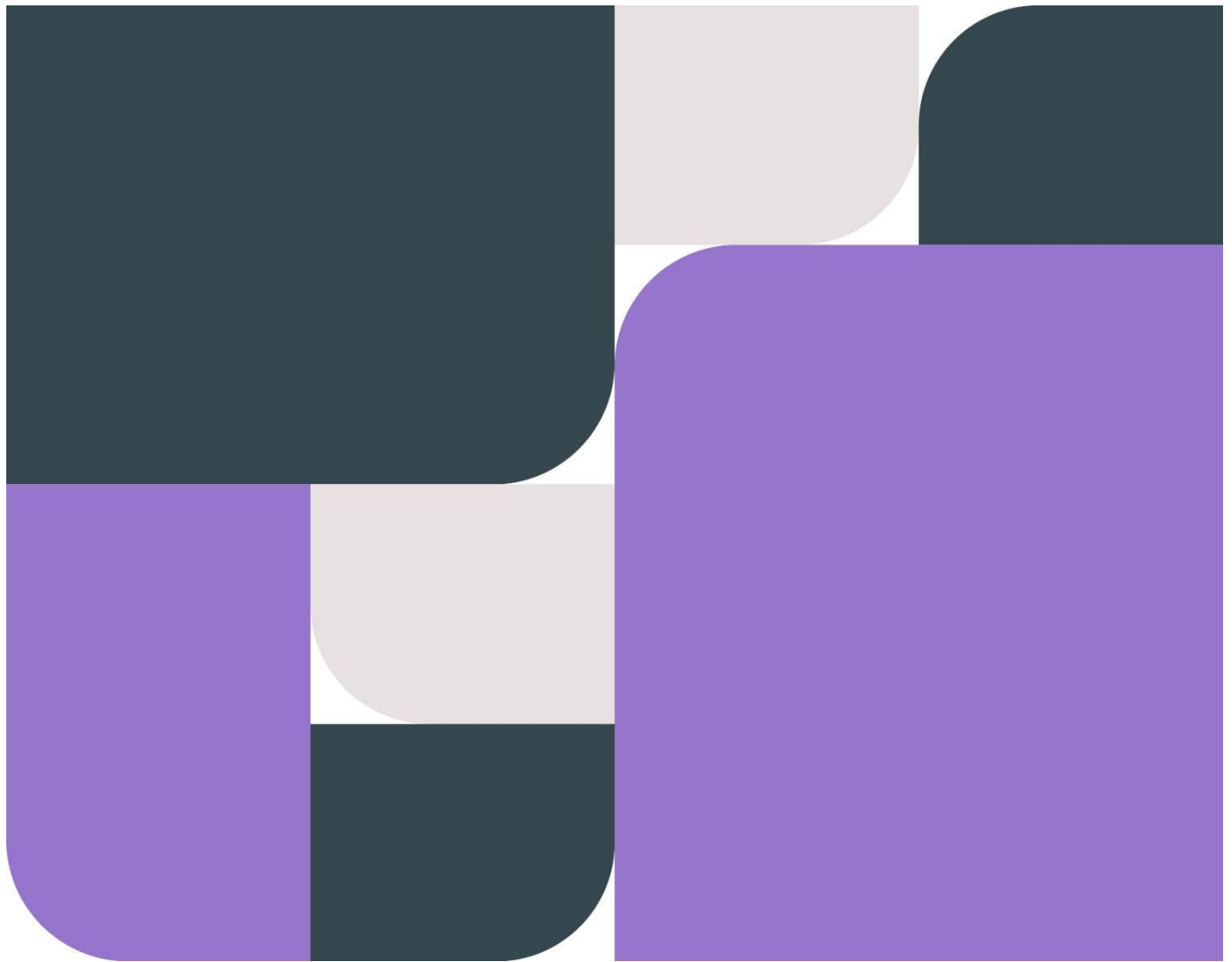
Revisionsrapporten sänds för kännedom till regionfullmäktiges presidium, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Folk tandvården, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden samt strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

Vänersborg den 13 december 2023

För revisorskollegiet,

Krister Stensson
ordförande

Vivi-Ann Nilsson
vice ordförande



Revisionsrapport
2023-11-20

Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus

Datum: 2023-11-20

Dokumentnamn: Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra
Götalandsregionens sjukhus

Diarienummer: REV 2023-00100

Yrkesrevisorer: Kristoffer Lundqvist och Martin Andersson (granskningsansvariga),
Rickard Johansen och Waisuddin Sadry, revisionsenheten Västra
Götalandsregionen. Jesper Häggman, KPMG.

Rapportens innehåll

Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus	0
Rapportens innehåll	2
Läsanvisning.....	6
Sammanfattning.....	7
Resultat.....	7
Rekommendationer.....	8
Utgångspunkter	10
Bakgrund	10
Syfte och revisionsfrågor	10
Avgränsning.....	11
Revisionskriterier	12
Ansvariga nämnder och styrelser	13
Metod.....	13
Resultat.....	14
Ansvarsfördelning vid beredning, rapportering och avvikelser.....	14
<i>Iakttagelser</i>	14
Ansvar enligt reglementen	14
Ägarstyrda och verksamhetsstyrda investeringar	15
Ansvarsfördelning i investeringsprocessen.....	16
Samordning och stöd i hantering av investeringar	17
Rapportering vid avvikelser	18

<i>Bedömning</i>	19
Beslutsunderlag	19
<i>Iakttagelser</i>	19
Fas 1 - Behovsanalys, inkl. Koncernövergripande behovsanalys ..	20
Fas 2 - Förstudie.....	21
Fas 3 - Genomförandeplanering	21
Kalkylunderlag	22
Ansvarsfördelning kostnader i fas 1–3 av investeringsprocessen..	23
<i>Bedömning</i>	24
Urval	24
Wieselgrensplatsen - Bakgrund och tidslinje.....	24
Sahlgrenska Life Hus 1 - Bakgrund och tidslinje	26
Projektorganisation	27
<i>Iakttagelser</i>	27
Wieselgrensplatsen	27
Styrgrupp och projektorganisation	27
Resurser.....	28
Sahlgrenska Life	29
Styrgrupper	29
Projektledares roller.....	30
Resurser.....	31
<i>Bedömning</i>	31
Beslutsunderlag.....	32
<i>Iakttagelser</i>	32

Wieselgrensplatsen	32
Behovsanalys	32
Förstudie	32
Succesivkalkyl.....	33
Sahlgrenska Life	34
Förstudie	34
Genomförandeplanering	35
Succesivkalkyl.....	35
<i>Bedömning</i>	36
Återrapportering	36
<i>Iakttagelser</i>	37
Wieselgrensplatsen.....	37
Rapportering enligt investeringsprocessen.....	37
<i>Bedömning</i>	39
Sammanfattande bedömning	39
Rekommendationer.....	42
Det kommunala ansvarssystemet.....	43
Revisionen i korthet	44
Regionen i korthet	45
Bilagor	46
Bilaga 1 – Formulär 3	46
3. Status på planeringen och anmälan av avvikelser	46
3.1 Är planeringen av investeringen inom ramen för regionstyrelsens beslut om att påbörja förstudie?	46

3.2 Är planeringen av investeringen inom ramen för regionstyrelsens tidigare beslut om att påbörja/fortsätta genomförandeplanering (om tillämpligt)	46
3.3 Innebär planeringen av investeringen några avsteg, med konsekvens för berörd verksamhet, från regionstyrelsens tidigare beslut om att påbörja förstudie och/eller fortsätta genomförandeplanering?	46
3.3.1 Vad är det som avviker från regionstyrelsens tidigare beslut?	46
3.3.3 Beskriv de åtgärder som tidigare vidtagits i planeringsarbetet för att förebygga inträffade avvikelser.	47
3.3.4 Vilka konsekvenser bedömer projektet att föreslagna omprioriteringar får för berörd verksamhet?	47
3.3.6 Är inträffade avvikelser och förslag på omprioriteringar förankrade i fastighetsnämnden? [endast för fastighetsinvesteringar]	47
Bilaga 2 – Tabell 1 – Dokumentation som tas fram i respektive fas/moment av investeringsprocessen	47
Bilaga 3, Formulär 2	48
Bilaga 4 – Tabell 2 – Tidslinje över de viktigaste händelserna under Sahlgrenska Life Hus 1 projektet	49
Bilaga 5	51
<i>Figur 1 – Organisation för Wieselgrensprojektet som presenterad i uppdragshandling</i>	<i>51</i>
Bilaga 6 - Organisationsskiss Sahlgrenska Life.....	52

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört inom området styrning och ledning av investeringar.

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 de nämnder och styrelser som vi har granskat samt tjänstepersonerna i förvaltningarna, 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 den granskning som vi har genomfört.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattning. Där får du snabbt en bild av det vi har kommit fram till i granskningen. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning, det vill säga det som ramar in granskningen. Där ser du även vilka nämnder och styrelser som omfattas av granskningen.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Där går vi igenom de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort i granskningen. Sist i det avsnittet hittar du en sammanfattande bedömning samt de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

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

Sammanfattning

Västra Götalandsregionen ansvarar för att förse länets invånare med god hälso- och sjukvård. För att klara sitt uppdrag behöver hälso- och sjukvården lokaler som kan stödja hälso- och sjukvårdens omställning, som är långsiktigt hållbara och flexibla för att möta kraven från framtidens sjukvård. Sjukhusbyggnaderna ska ge förutsättningar för att nå regionfullmäktiges mål för hälso- och sjukvården om ökad vårdproduktion, ökad vårdkvalitet och resurseffektivitet. Investeringarna ska ske med ekonomi i balans på kort och lång sikt.

Revisionen har under 2023 granskat styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus. Granskningen omfattar

- regionstyrelsen
- styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- styrelsen för fastighet, stöd och service.

Syfte och avgränsningar

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelserna säkerställt en god styrning och kontroll av investeringar i sjukhusbyggnader för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi. Styrningen ska följa regionfullmäktiges riktlinjer och mål.

Vårt fokus i granskningen har varit att bedöma om styrelserna har fungerande styr och ledningssystem vad gäller ansvarsfördelning och arbetssätt för beredning och beslut för investeringsärenden.

Granskningen har skett av Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem för investeringsprocessen dels övergripande, dels för två planerade investeringar i sjukhusbyggnader i Göteborg. Dels nytt sjukhus vid Wieselgrensplatsen dels en ny sjukhusbyggnad kallad Sahlgrenska Life Hus 1.

Västra Götalandsregionens arbetssätt för beredning och beslut avseende investeringar i byggnader sker stegvis i fyra faser. I varje fas sker en beredning och ett beslut fattas. Granskningen har omfattat fas 1 Behovsanalys, fas 2 Förstudie, fas 3 Genomförandeplanering. Granskningen har inte omfattat den fjärde fasen som innebär beslut om att genomföra en byggnadsinvestering.

Resultat

Revisionen gör en samlad bedömning att styrelserna och regionstyrelsen *delvis* säkerställt en god styrning och kontroll av investeringar i

sjukhusbyggnader. Beredning och beslut av sjukhusbyggnader regleras i avgränsade faser. Det framgår av granskningen att det finns brister i styr- och ledningssystemet vad gäller ansvarsfördelning och arbetssätt för beredning och beslut för investeringsärenden.

Granskningen har visat att ansvariga styrelser

1. *huvudsakligen* har säkerställt en tydlig ansvarsfördelning på övergripande nivå inom investeringsprocessen. Vi noterar dock att styrningen av ansvarsfördelningen har brister avseende de två planerade sjukhusbyggnader som ingått i granskningen.
2. *delvis* har säkerställt att styr- och ledningssystem för investeringsprocessen har tydliga krav på beslutsunderlag med avseende på kostnad, nytta, konsekvens och tidsåtgång inför politiska beslut.
3. *delvis* säkerställt att det finns en fungerande projektorganisation för de byggnadsinvesteringar som ingår i granskningen. Vi noterar dock att styrning av ansvarsfördelningen har brister.
4. *delvis* säkerställt att det finns bra beslutsunderlag för byggnadsinvesteringarna som ingår i granskningen. Vi noterar att underlagen inte utgår från en samlad analys av behov av vårdkapacitet och lokaler. Behovsanalys saknas för Sahlgrenska Life Hus 1. De styrelser som berörs av sjukhuset på Wieselgrensplatsen har inte fått möjlighet att ta ställning till ekonomiska konsekvenser av den planerade byggnationen förrän sent i investeringsprocessen
5. *delvis* har säkerställt att åiterrapportering av investeringsärendena i granskningen har skett på rätt sätt. Vi noterar dock att åiterrapportering brustit enligt det som anges under punkterna 2 och 4 ovan.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service att

- säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess
- säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen

- säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv.

Utgångspunkter

Bakgrund

Västra Götalandsregionen ansvarar för att förse länets invånare med en god hälso- och sjukvård vilket inbegriper att upprätthålla ändamålsenliga fastigheter för den hälso- och sjukvård som Västra Götalandsregionen bedriver i egen regi. Västra Götalandsregionen har stora investeringsbehov i fastigheter för hälso- och sjukvård inom de kommande åren.

Strategiska inriktningsbeslut för omställningen av hälso- och sjukvården innebär krav på fastighetsinvesteringar i sjukhus i förhållande till strukturella förändringar i var och hur vård produceras såväl som krav på vårdkapacitet och vårdkvalitet samt resurseffektivitet.

Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem (formell organisation, styrsystem och ledningssystem) för beredning och beslut om investeringar har genomgått förändringar de senaste åren där bland annat behov av mera utvecklade beslutsunderlag i beredningsprocessen har identifierats som en förutsättning för att nå ändamålsenliga investeringar.

Revisorskollegiet i Västra Götalandsregionen har i Revisionsplan 2023 med inriktning för 2024–2025 identifierat att en revisionsrisk föreligger avseende att säkerställa en ändamålsenlig styrning av fastighetsinvesteringar för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi. Som redovisat ovan är styrningen omfattande och komplex. Revisionen ser en risk för att beredning och beslut av investeringar inte hanteras i enlighet med regionfullmäktiges krav på styrning som gäller för beredning och beslut av investeringar utifrån nämnder/styrelsers ansvar och mandat i investeringsprocessen. Risken utgår från ansvarsgrunder i God revisions sed i kommunal verksamhet; dels risk för bristande måluppfyllelse av verksamhet och ekonomi, dels risk för bristande intern kontroll av verksamhet och ekonomi avseende otillräcklig beredning av ärenden.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om ansvariga styrelser och regionstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning med tillräcklig intern kontroll av fastighetsinvesteringar i sjukhus för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

1. Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat, säkerställt att styr- och ledningssystem för investeringsprocessen är ändamålsenliga och tillräckliga, genom att de innebär tydlig ansvarsfördelning avseende beredning av investeringsärenden, åtgärder vid avvikelser i förhållande till fattade beslut samt rapportering till politiska beslutsforum?
2. Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat, säkerställt att styr- och ledningssystem för investeringsprocessen är ändamålsenliga och tillräckliga, genom att de innebär tydliga krav på beslutsunderlag med avseende på kostnad, nytta, konsekvens och tidsåtgång för att tillse att välgrundade politiska beslut kan ske?
3. Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat säkerställt att ändamålsenliga projektorganisationer etablerats för de investeringsärenden som ingår i granskningens urval, med tillräckliga resurser och tydliggjorda roller, ansvar och beslutsmandat?
4. Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat säkerställt att beslutsunderlag i beredningsprocessen svarar mot fastställda mål och gällande regelverk vad gäller de investeringsärenden som ingår i granskningens urval?
5. Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat säkerställt en ändamålsenlig återrapportering av investeringsärenden under investeringsprocessen till politisk nivå vad gäller de investeringsärenden som ingår i granskningens urval?

Avgränsning

Med detta avses här fastighetsinvesteringar i sjukhusfastigheter (akutsjukhus, närsjukhus/specialistsjukhus) och sjukhusfastigheter som inrymmer kombination av sjukhusvård och primärvård och insatser för utveckling av hälso- och sjukvården regional utveckling inom Life science.

Västra Götalandsregionens investeringsprocess innehåller fyra faser. Granskningen sker av fas 1–3 det vill säga Behovsanalys, Förstudie,

Genomförandeplanering, fram till prioritering av investeringsbehov samt beslut om investeringsobjekt för granskningens ansvariga styrelser.

- Granskningen omfattar inte investeringsprocessens fas från genomförandebeslut och genomförandet av byggprojekt, upphandling eller inköp.

Granskningen kommer att omfatta ett urval av fastighetsinvesteringar för sjukvård i Investeringsplan för Västra Götalandsregionen 2023–2025. Urvalet utgörs av två investeringsärenden som befinner sig i fas 1–3 i investeringsprocessen. Urvalet representerar en bredd av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

- SU Sahlgrenska, Sahlgrenska Life, Hus 1 (diarienummer RS 2020–06057, samt RS 2020–06057). Ägarstyrd investering där berörd nämnd/styrelse får fortsätta pågående genomförandeplanering.
- Regionstyrelsen, Ny utbudspunkt på Wieselgrensplatsen, Göteborg (diarienummer RS 2021–04829). Ägarstyrd investering där berörda nämnder/styrelser påbörjat förstudie.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar.

Enligt Västra Götalandsregionens styrmodell fördelas ansvar och mandat i en politisk organisation och en förvaltningsorganisation. Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem består av styrande dokument vilka beslutas kommunalrättsligt av regionfullmäktige, nämnder och styrelser samt inom förvaltning genom verkställighetsbeslut. Styrdokument kan gälla för samtliga nämnder och styrelser eller riktas specifikt till vissa nämnder och styrelser.

Revisionskriterier avseende granskning av regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service:

- Kommunallag (2017:725)
- Reglemente Regionstyrelsen. B-del. Beslutad av regionfullmäktige 2022-11-29, diarienummer RS 2022–04495.
- Reglemente för Styrelsen för fastighet stöd och service B-del. Beslutad av regionfullmäktige 2022-11-29, diarienummer RS 2022–04495.
- Budget 2023 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2024–2025, beslutad av regionfullmäktige 2022-11-29, diarienummer RS 2022–02264.

- Policy för styrning i Västra Götalandsregionen, beslutad av regionfullmäktige 2019-05-28, diarienummer RS 2019-02491.
- Policy för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar, antagen av regionfullmäktige 2018-04-10, diarienummer RS 2017-05097.
- Strategi för omställning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023-2027, beslutad av regionfullmäktige
- Miljömål 2030 för Västra Götalandsregionens egna verksamheter, beslutad av regionfullmäktige 2012-04-13, diarienummer RS 2020-07372.
- Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021-2030

Revisionskriterier vilka tillkommer i granskning av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service:

- Riktlinje för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar, beslutad av regionstyrelsen 2023-04-25, diarienummer RS 2022-06130.
- God fysisk vårdmiljö - utformning av Västra Götalandsregionens vårdlokaler, beslutad av regionstyrelsen 2016-09-27, diarienummer RS 2016-05591.
- Västra Götalandsregionens plan för implementering av nationell Life science-strategi. Beslutad av regionstyrelsen 2021-06-15, diarienummer RS 2021-00940.

Ansvariga nämnder och styrelser

Granskningen omfattar regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet stöd och service.

Metod

Granskningen har utförts genom:

- Dokumentanalys
- Granskning av urval av investeringsärenden enligt ovan
- Intervjuer med relevanta nyckelfunktioner inom berörda förvaltningsorganisationer och politiska representanter från berörda styrelser.

Resultat

I detta avsnitt redovisas granskningens resultat. Avsnittet redogör för iakttagelser och bedömning per revisionsfråga i kronologisk ordning från 1 till 5. Revisionsfrågorna är uppdelade så att revisionsfrågor 1 och 2 fokuserar på Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem avseende planering av investeringar i sjukhus för vård i egen regi, medan revisionsfrågor 3 till 5 redogör för de två särskilt granskade investeringsärendena, Wieselgrensplatsen och Sahlgrenska Life Hus 1.

Ansvarsfördelning vid beredning, rapportering och avvikelser

Revisionsfråga 1: Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat, säkerställt att styr- och ledningssystem för investeringsprocessen är ändamålsenliga och tillräckliga, genom att de innebär tydlig ansvarsfördelning avseende beredning av investeringsärenden, åtgärder vid avvikelser i förhållande till fattade beslut samt rapportering till politiska beslutsforum?

Iakttagelser

Ansvar enligt reglementen

Regionstyrelsen: Av reglemente för regionstyrelsen (RS 2022–04495) framgår att Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för samordning och uppföljning av fastighetsinvesteringar. Regionstyrelsen har även ansvar för att fastställa Västra Götalandsregionens investeringsplan och fatta beslut om att genomföra investeringar efter beredning. Beredningen av investeringsärenden ska ske i samråd med berörda styrelser. Styrelsens beslut om fastighetsinvesteringar utgår från Västra Götalandsregionens investeringsmodell och styrande dokument.

Regionstyrelsens ägarutskott: Av uppgiftsbeskrivning för regionstyrelsens ägarutskott i Västra Götalandsregionen (RS 2022–05601) framgår att under regionstyrelsen svarar ägarutskottet för övergripande regiongemensamma och principiella frågor kring investeringar. Ägarutskottet ska bereda investeringsärenden enligt beslutad investeringsmodell. Beredningen ska utgå från fastställda måldokument och strategiska planer som ger vägledning i bedömningen av enskilda verksamheters investeringsidéer samt den sammanställning Styrelsen för fastighet, stöd och service lämnar om Västra Götalandsregionens samlade lokalbehov. Beredningen av investeringsärenden ska ske i samråd med berörda styrelser och nämnder. Uppgiftsområdet innebär att bereda

investeringsplan och investeringsärenden inför beslut i regionstyrelsen samt följa och ta initiativ till utveckling av Västra Götalandsregionens styrmodell för investeringsfrågor.

Styrelsen för fastighet, stöd och service: Av reglemente för Styrelsen för fastighet, stöd och service (RS 2022–04495) framgår att styrelsen har ansvar för att utveckla och säkerställa ett långsiktigt och effektivt lokalutnyttjande i Västra Götalandsregionen. Styrelsen ska ta fram och genomföra strategiska planer i samråd med berörda styrelser och regionstyrelsen för att skapa synergier mellan olika verksamhetsområden. Styrelsen har ansvar för att leda styrelser i framtagandet av förstudier. Det är också Styrelsen för fastighet, stöd och service som ansvarar för att bereda ärenden till investeringsplanen och ansvara för genomförandeplanering av byggnationer.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Av reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (RS 2022–04495) framgår att styrelsen ansvarar för drift, förvaltning och långsiktig utveckling av verksamheten. Styrelsen bereder och beslutar i frågor enligt Västra Götalandsregionens investeringsmodell och ansvarar för att ta fram en lokalbehovsplan till Styrelsen för fastighet, stöd och service. Styrelsen har vidare ansvaret för att säkerställa att nödvändiga förutsättningar finns för att fullgöra uppdraget. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har vidare uppdraget att driva utvecklingsfrågor inom Västsveriges innovationssystem för Life Science.

Ägarstyrda och verksamhetsstyrda investeringar

Av styrande dokument för Västra Götalandsregionens investeringsprocess framgår att beredningsprocessen och ansvarig beslutsinstans för investeringar skiljer sig åt beroende på vilken kategori en investering klassificeras som. Den huvudsakliga uppdelningen av investeringar är mellan verksamhetsstyrda respektive ägarstyrda investeringar.

Huvudregeln är att enskilda nämnder/styrelser beslutar om verksamhetsstyrda investeringar medan regionstyrelsen beslutar om ägarstyrda investeringar. Regler för vilken kategori en investering hamnar i och beslut om investeringar baserat på kategori anges i styrdokumentet *Riktlinjer för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar*.

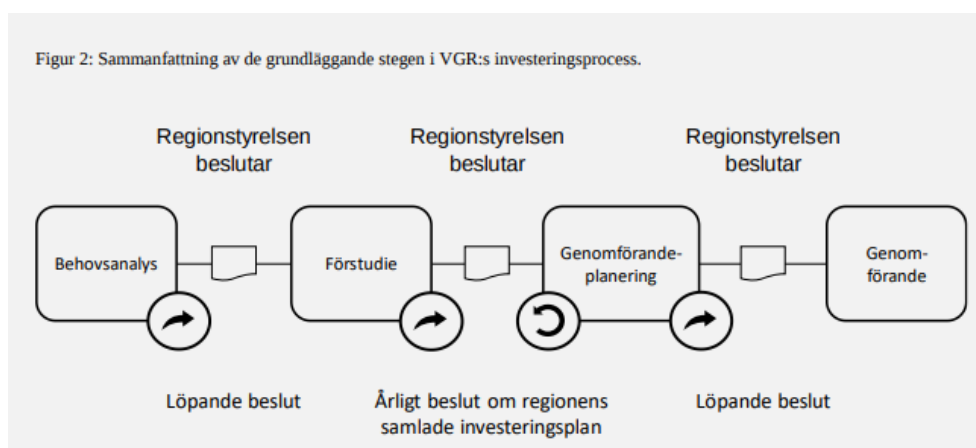
Denna granskning är inriktad mot investeringar i sjukhusbyggnader för sjukvård i egen regi. Denna typ av investeringar, liksom granskningens båda urval är ägarstyrda investeringar. Nedan beskrivs Västra Götalandsregionens investeringsprocess och ansvarsfördelning inom den utifrån regelverket för ägarstyrda investeringar.

Ansvarsfördelning i investeringsprocessen

Västra Götalandsregionens investeringsprocess är reglerad med ökande detaljeringsgrad i *Policy och Riktlinjer* respektive *Rutin för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar*. I policy för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar anges övergripande förutsättningar och principer för hantering av Västra Götalandsregionens investeringar. Bland annat anges att beredning och beslut om investeringar ska ske på ett samlat och kvalitativt sätt som ger möjlighet till politisk prioritering och styrning. Vidare anges att den nämnd/styrelse som nyttjar en investering ska ansvara för finansieringen av de driftkostnader som följer med investeringen, om inget annat överenskommit.

De huvudsakliga faserna i Västra Götalandsregionens investeringsprocess framgår av bild 1 nedan. I styr- och stöddokument redovisas detaljerade processbeskrivningar med instruktioner för respektive fas.

Bild 1 – Övergripande bild av Västra Götalandsregionens investeringsprocess



Behovsanalysen ska identifiera behovet av en investering, utan att lösa behovet. Det är respektive utförarförvaltning som ansvarar för att identifiera och anmäla en investeringsidé. Anmällda behov sammanställs av Koncernkontoret. Sedan genomförs en koncernövergripande behovsanalys för anmällda investeringsidéer.

Under behovsanalysen prövas om anmällda investeringsbehoven ger en heltäckande bild av investeringens syfte, innehåll, tidsplan och ekonomiska konsekvenser och prövas dess ändamålsenlighet och angelägenhetsgrad. En del i bedömningen av anmällda investeringsidéer ska vara att kontrollera att berörd förvaltning redogjort för att verksamheten uttömt alla möjligheter att tillgodose anmält behov genom att nyttja befintliga tillgångar på ett ännu bättre sätt. Därtill prövas om behovet av en investering stämmer överens med det regionövergripande behovet.

Förankring av investeringsidéer som föreslås få påbörja förstudie sker sedan med Västra Götalandsregionens investeringsråd. Efter det skickas utvalda investeringsidéer för beslut om att gå vidare till förstudiefasen, först till ägarutskottet och sedan för beslut i regionstyrelsen.

Förstudien prövar möjliga lösningar till behovet av en investering och föreslår ett huvudalternativ för vidare planering. I Styrelsen för fastighet, stöd och service reglemente anges att styrelsen ansvarar för att bereda ärenden till investeringsplanen. Detta innefattar att leda förstudier gemensamt med berörda utförarstyrelser. Både Styrelsen för fastighet, stöd och service och berörd utförarstyrelse beslutar om färdigställd förstudie ska anmälas till regionstyrelsen. Berörd utförarstyrelse ska i anslutning till beslut om förstudien bekräfta att de godkänner beräknad hyra för det förordade lösningsalternativet.

Regionfullmäktige beslutar årligen om investeringsbudgeten. Regionstyrelsen bemyndigas att fördela budgeten och för det tar Koncernkontoret fram ett förslag till investeringsplan. I investeringsplanen samlas enskilda beslut om anmälda investeringar och Styrelsen för fastighet, stöd och service får i uppdrag att för hela eller delar av anmälda förstudier påbörja genomförandeplanering.

Genomförandeplanering innebär att konkretisera förstudiens beslutade lösningsalternativ. Styrelsen för fastighet, stöd och service ansvarar för genomförandeplaneringen, men ska samordna arbetet med berörd förvaltning, framför allt berörda utförarstyrelser förvaltningar samt serviceorganisationer. Styrelsen för fastighet, stöd och service lämnar årligen in begäran om fortsatt genomförandeplanering till Koncernkontoret. Regionstyrelsen prövar årligen om uppdraget att fortsätta genomförandeplaneringen ska ges. Både styrelsen för fastighet, stöd och service och berörd utförarstyrelse beslutar om en färdigställd genomförandeplanering ska anmälas till regionstyrelsen. Regionstyrelsen beslutar om Styrelsen för fastighet, stöd och service får i uppdrag att genomföra investeringen.

Samordning och stöd i hantering av investeringar

Västra Götalandsregionen har ett **Investeringsråd**. Rådet ska bidra till en sammanhållen styrning av investeringar och verka för att investeringarna stödjer den politiskt beslutade inriktningen för Västra Götalandsregionens verksamheter. Rådet är ett verktyg för måluppfyllelse och genomförande av regionala planer. Investeringsrådet ska:

- bereda frågor samt identifiera och initiera gemensamma frågor inom ansvarsområdet,
- vara forum för omvärldsbevakning, lärande, erfarenhetsutbyte och information om viktiga förändringar inom området,

- föra en strategisk dialog inom ansvarsområdet.

Investeringsrådets syfte, uppdrag och organisation fastställs i uppdragshandling för koncernövergripande grupp, som regiondirektören beslutar om. Den senaste uppdragshandlingen för investeringsrådet gällde till och med år 2021 och har därmed upphört att gälla vid tid för granskning. I en intervju anges att uppdragshandlingen fortsatt reglerar hur investeringsrådet arbetar. Arbeta pågår med översyn och uppdatering av uppdragshandlingarna för koncernövergripande grupper.

Investeringsrådet leds av ekonomidirektör för Västra Götalandsregionen och i rådet ingår funktioner från bland annat Koncernkontorets koncernstaber, regional utveckling, uppdrag och produktion hälso- och sjukvården samt verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp. Även tjänstepersoner från Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sjukhusen i väster och förvaltningen för fastighet, stöd och service deltar. Av genomförda intervjuer med medlemmar i investeringsrådet framgår delvis olika bild av vad rådets primära uppdrag är. I vissa intervjuer beskrivs att rådet framför allt har en prioriterande roll, medan det i andra intervjuer beskrivs att rådet framför allt har en beredande och samordnande roll.

Som stöd i investeringsrådets beredning av investeringsärenden finns olika **beredningsgrupper**. I beredningsgrupperna ingår tjänstepersoner från Koncernkontoret, förvaltningen för fastighet, stöd och service och utförarstyrelsers förvaltningar. Beredningsgrupperna jobbar med aktuella investeringsärenden genom att bedöma och ställa frågor till de som efterfrågat investeringen. Syftet är att säkerställa att de underlag som delges investeringsrådet motsvarar de krav som finns i Västra Götalandsregionens regelverk för investeringar. I intervju beskrivs genomgående att de investeringsärenden som delges investeringsrådet är väl utredda och att framtagna underlag är av god kvalitet. Beredningen förbereder olika förslag, bland annat att avstå, skicka tillbaka eller gå vidare med investeringsidén. Förslagen som beredningen förbereder stäms av med ekonomidirektören innan det går vidare till investeringsrådet.

Rapportering vid avvikelser

Hantering av avvikelser i planering av investeringar regleras i Västra Götalandsregionens *Riktlinjer för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar*. I riktlinjerna anges att det är den nämnd/styrelse som har huvudansvar för förstudie eller genomförandeplanering som ansvarar för att anmäla en avvikelse från regionstyrelsens beslut om att påbörja förstudie eller att påbörja/fortsätta genomförandeplanering till regionstyrelsen. Anmälan av inträffad avvikelse i pågående planering ska ske i formulär 3. Se bilaga 1. Vid avvikelser ska styrelsen för fastighets, stöd och service och berörd förvaltning påvisa en egen ansträngning i hanteringen av inträffade avvikelser, med förslag på omprioriteringar inom

befintlig budgetram och tidplan. Inträffade avvikelser, inklusive förslag på omprioriteringar inom befintlig budgetram och tidplan, ska vara förankrade i både Styrelsen för fastighet, stöd och service och berörd utförarstyrelse innan de anmäls till regionstyrelsen.

Bedömning

Vi bedömer att övergripande ansvarsfördelning avseende beredning av investeringsärenden i *huvudsak* framgår av reglementen och styrande dokument. Även ansvar att rapportera och ta fram åtgärder vid avvikelser regleras i styrande dokument för Västra Götalandsregionens investeringsprocess.

Däremot konstaterar vi att uppdragshandling för investeringsrådet har upphört att gälla och att ett arbete för att ta fram en uppdaterad uppdragshandling är pågående. I relation till det noteras en viss otydlighet avseende investeringsrådets roll och funktion i investeringsprocessen. Se även bedömning för revisionsfråga 3.

Vidare noterar vi att beslut att skicka in en investeringsidé för behovsanalys fattas av respektive utförarstyrelses förvaltning och inte av berörd utförarstyrelse. Vi bedömer att det medför risk att investeringsidéer inte är förankrade i ansvarig styrelse i denna fas av investeringsprocessen.

Beslutsunderlag

Revisionsfråga 2: Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat, säkerställt att styr- och ledningssystem för investeringsprocessen är ändamålsenliga och tillräckliga, genom att de innebär tydliga krav på beslutsunderlag med avseende på kostnad, nytta, konsekvens och tidsåtgång för att tillse att välgrundade politiska beslut kan ske?

Iakttagelser

Som redogjorts för ovan regleras Västra Götalandsregionens investeringsprocess med ökande detaljeringsgrad i *Policy, Riktlinjer* respektive *Rutin för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar*. I dessa dokument anges vilka beslutsunderlag som ska tas fram i respektive fas av investeringsprocessen. Vilka beslutsunderlag (dokument) som tas fram per fas och vilken styrelse/nämnd som ansvarar för att underlagen tas fram redovisas i tabell 1 i bilaga 2, samt redogörs för i löptext nedan.

Fas 1 - Behovsanalys, inkl. Koncernövergripande behovsanalys

Anmälan av investeringsidéen sker genom att formulär 2 fylls i och lämnas till Koncernkontoret. Formulärets innehåll beskrivs i bilaga 3. Av instruktionen för formuläret framgår att formuläret fylls i av anmälande utförarförvaltning tillsammans med fastighet, stöd och service för idéer om ägarstyrda fastighetsinvesteringar. Lämnade uppgifter kvalitetssäkras av Koncernkontorets beredningsgrupp.

Av *Riktlinjen för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar* framgår att alla investeringar ska vara föremål för en **koncernövergripande behovsanalys**, både inom och mellan Västra Götalandsregionens olika verksamhetsområden. I den koncernövergripande behovsanalysen ska investeringarnas angelägenhet, ändamålsenlighet och genomförbarhet bedömas. Instruktioner för koncernövergripande behovsanalys anges i *Rutin för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar*. Av rutinen framgår att bedömning ska göras utifrån ett eller fler av följande kriterier:

- Att investeringsidéen stödjer en betydelsefull förändring/utveckling i enlighet med politiskt beslutade, övergripande, aktuella och framåtblickande mål, strategier, planer eller dylikt, eller nationella krav eller accepterade rekommendationer.
- Att investeringsidéen innebär grundläggande förutsättningar för nyttjandet av andra, befintliga eller nya, tillgångar.
- Att investeringsidéen är nödvändig för att upprätthålla befintliga tillgångar i enlighet med den berörda verksamhetens fastställda uppdrag/roll, eller nationella krav eller accepterade rekommendationer.

Underlag till koncernövergripande behovsanalys är inlämnat formulär och eventuella kompletterande underlag till aktuell investeringsidé. För att avgöra om investeringsidéen är förenlig med ovan angivna kriterier stäms idén av mot ett antal övergripande strategidokument¹ samt underlag för långsiktigt lokalbehov, lokalförsörjningsbehov och vårdkapacitetsbehov per utförarstyrelse och för Västra Götalandsregionen som helhet.

Lokalbehov ska beskrivas av respektive utförarstyrelse i en lokalbehovsplan som kommuniceras till Styrelsen för fastighet, stöd och service. Styrelsen för fastighet, stöd och service rapporterar dessa planer vidare till Koncernkontoret tillsammans med underlag för investeringsbehov utifrån ett lokalförsörjningsperspektiv². I intervju beskrivs att utförarstyrelserna

¹ Bland annat: Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027, Strategisk plan för hälso- och sjukvårdens lokalstruktur i Västra Götalandsregionen samt Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030.

² En strategi för lokalförsörjning är enligt intervju framtagen av Styrelsen för fastighet, stöd och service, men har ännu inte beslutats av regionstyrelsen.

har kommit olika långt i att utarbeta lokalbehovsplaner och att dessa därför skiljer sig åt vad gäller detaljeringsgrad och den tidshorisont planen omfattar.

Koncernkontoret har tagit fram flera underlag för långsiktigt vårdkapacitetsbehov. Det finns underlag för Västra Götalandsregionens långsiktiga lokalbehov avseende kirurgiska ingrepp, operationskapacitet och slutenvårdsplatser. Dessa underlag är specificerade på förvaltningsnivå. Det finns ännu inte regionövergripande planer inom alla områden. Arbetet pågår till exempel med en analys och plan för förlossningsvården respektive intensivvårdskapacitet.

Fas 2 - Förstudie

Förstudien dokumenteras normalt i en förstudierapport med eventuella bilagor samt i formulär 3. Det är tydligt angivet i rutin för investeringsprocessen vilka uppgifter som ska framgå av en förstudie. I förstudien föreslås ett huvudalternativ och ett handlingsalternativ för vidare planering. I formulär 3 ges information om de huvudsakliga nyttorna, plan för långsiktigt hållbar hantering och risker förknippade med investeringen.

Fas 3 - Genomförandeplanering

Genomförandeplaneringen innebär att konkretisera det i förstudien förordade lösningsalternativet. Syftet med genomförandeplaneringen är att producera ett underlag som är tillräckligt för att fatta ett beslut om genomförande eller ej genomföra projektet. För fastighetsinvesteringar innebär genomförandeplaneringen framför allt att ta fram och färdigställa program- och systemhandling³.

I rutinen för investeringsprocessen är det inte fastslaget vad som ska ingå i program- och systemhandlingar. Det ska förtydligas i nästa revidering av rutinen. Innehåll i program- och systemhandling redogörs för övergripande i Styrelsen för fastighet, stöd och service *Handbok för investeringar*. Av handboken framgår att programhandlingen är en sammanställning av tidigare information som framkommit samt av ritningar, illustrationer och rumsfunktionsprogram. Programhandlingen beskriver funktionen och vem som ska använda vilket utrymme. Dessa underlag specificeras ytterligare vid framtagande av fullständig systemhandling. I systemhandlingen redovisas tekniska lösningar för el, vatten, ventilation med mera, samt även

³ Om en investering delas upp i etapper ska genomförandeplaneringen färdigställa program- och systemhandling för samtliga etapper innan en begäran om genomförandebeslut för en enskild etapp.

viktiga förutsättningar för projektets genomförande, så som en tidplan, genomförandeplan, miljö- och myndighetskrav och så vidare.

I intervju beskrivs att program- och systemhandlingen ligger till grund för den investeringskalkyl, inklusive succesivkalkyl, som tas fram och presenteras inför ansökan om genomförandebeslut.

Kalkylunderlag

Styrelsen för fastighet, stöd och service ansvarar för att från och med förstudiefasen ta fram kalkyler över investeringsutgift och hyreskostnad för den planerade investeringen. Framtagen kalkyl i förstudiefasen förfinas under genomförandeplaneringen och slutlig investeringskalkyl tas fram inför beslut om genomförande. Utgångspunkt för beräkning av investeringsutgift och den följande hyran är byggnadens tekniska specifikationer samt riktkostnadsvärden för genomsnittlig kostnad per kvadratmeter. Byggnadens tekniska specifikation bygger på framtagna ritningar och till dem kopplade byggnadstekniska underlag.

Rikt kostnadsvärden för genomsnittlig kostnad per kvadratmeter bygger på faktiska kostnader från tidigare genomförda projekt inom Västra Götalandsregionen som bedöms likna den planerade byggnationen. Förvaltningen köper även kalkyleringstjänster från konsultföretag.

Som komplement till dessa kalkyler genomförs även så kallad succesivkalkylering. Fastighet, stöd och service har ett etablerat arbetssätt och mall för succesivkalkylering utifrån *riktlinje för kostnadsstyrning i projekt*. Succesivkalkylen innebär framför allt en osäkerhetsanalys, vilken görs av en särskilt sammansatt analysgrupp som har nödvändig kunskap om projektet och omvärldsförutsättningarna.

Utifrån analysen fastställs normalt en post i investeringskalkylen som benämns projektreserv osäkerheter. Syftet med succesivkalkylen är att beställaren ska ha möjlighet att ta ställning till hinder som kan äventyra projektet. Om man går vidare med projektet finns möjlighet ta fram handlingsplaner och på så sätt förebygga kostsamma misstag.

Investeringskalkyler omfattar inte uppräkningsindex. I intervju beskrivs att dialog pågår mellan Koncernkontoret och Styrelsen för fastighet, stöd och services förvaltning avseende om indexuppräkningsindex ska inkluderas i kalkylunderlag framöver. Detta då Koncernkontoret ändå behöver göra en uppräkningsindex när en investering rapporteras till investeringsplaneringen och därmed läggs in i Västra Götalandsregionens finansieringsplan. Koncernkontoret räknar då upp investeringen med landstingsprisindex, exklusive läkemedel.

Ansvarsfördelning kostnader i fas 1–3 av investeringsprocessen

Styrelsen för fastighet, stöd och service ansvarar för att löpande bokföra och följa nedlagda kostnader avseende investeringsprojekt. Det är endast kostnader som enligt Västra Götalandsregionens regelverk kan aktiveras som del av investeringsutgiften som får bokföras på den projektkod som upprättas för projektet. De kostnader som projektet har för externa konsulter samt personal från Styrelsen för fastighet, stöd och service bokförs enligt intervju i normalfallet på projektet.

Av intervjuer och upprättat stöddokument *Regelverk för aktivering av verksamhetens tid vid ny- och ombyggnation och vid utrustningsinvesteringar* framgår däremot att berörd utförarstyrelses möjlighet att bokföra nedlagd tid för sina medarbetare under planeringsfaserna är begränsad. Det är endast verksamhetens projektledare som under vissa förutsättningar kan bokföra tid som en aktiverbar investeringsutgift på ett projekt. Nedlagd tid för övriga verksamhetsrepresentanter som till exempel ingår i ett projekts styrgrupp eller verksamhetspersonal som deltar i projektet i olika rådgivande eller kravställande roller beskrivs i intervju finansieras genom berörd utförarstyrelses befintliga budget. Varje utförare har friheten att följa upp sina projektspecifika kostnader på eget sätt. Det beskrivs dock i intervjuer att det i regel inte görs.

Av Västra Götalandsregionens regelverk för investeringar framgår att om en färdigställd och anmäld behovsanalys inte leder till ett uppdrag från regionstyrelsen om att påbörja förstudie står den nämnd/styrelse som anmälde investeringsidéen för hela den upparbetade kostnaden gällande behovsanalysen.

Om en färdigställd och anmäld förstudie, eller delar av förstudien, inte leder till ett uppdrag från regionstyrelsen om att påbörja genomförandeplanering står berörd nämnd/styrelse för 20 procent och regionstyrelsen för 80 procent av den upparbetade kostnaden gällande förstudien.

Om en färdigställd och anmäld genomförandeplanering, eller delar av genomförandeplaneringen, inte leder till ett uppdrag från regionstyrelsen om att genomföra investeringen står berörd nämnd/styrelse för 10 procent och regionstyrelsen för 90 procent av den upparbetade kostnaden gällande genomförandeplaneringen och förstudien.

Bedömning

Vi bedömer att styr- och ledningssystemet för investeringsprocessen *delvis* är ändamålsenligt och tillräckligt avseende krav på beslutsunderlag för att tillse att välgrundade politiska beslut kan ske.

Av granskningen framgår att krav på innehåll och kvalitet för de beslutsunderlag som ska tas fram i respektive fas av investeringsprocessen i huvudsak är tydliggjort i Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem. Vi konstaterar däremot att underlag avseende lokalbehov, lokalförsörjning respektive underlag för Västra Götalandsregionens samlade vårdkapacitetsbehov tas fram av olika styrelser och att en samlad standard för dessa underlag saknas. Underlag avseende utförarstyrelsernas lokalbehov beskrivs vidare delvis ha olika innehåll och detaljeringsgrad. Analyser av Västra Götalandsregionens behov av vårdkapacitet inom olika områden är pågående, men vi noterar att det fortsatt finns behov att till exempel färdigställa underlag avseende behov av vårdkapacitet för förlossningsvården och intensivvårdskapacitet.

Vidare noterar vi att instruktioner för program- och systemhandling inte finns i nuvarande version av riktlinjer eller rutin för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar. Det är heller inte tydliggjort hur indexering av beräknad investeringsutgift ska hanteras.

Slutligen konstaterar vi att utförarstyrelser har begränsade möjligheter att bokföra kostnader som följer av den tid deras personal lägger ned vid planering av ett investeringsprojekt. Det bedömer vi medför risk att projekt får svårare att nyttja nödvändig vårdpersonal i planeringsarbetet, samt att hela den faktiska kostnaden förknippad med planering av ett investeringsprojekt inte synliggörs.

Urval

Wieselgrensplatsen - Bakgrund och tidslinje

Vid Wieselgrensplatsen på Hisingen, Göteborg ligger idag Lundby specialistsjukhus, som drivs av Capio. Västra Götalandsregionen har ett tioårigt avtal med Capio som vid maximal förlängning löper ut vid årsskiftet 2029/2030. Det har under längre tid varit känt inom Västra Götalandsregionen att den vård som idag bedrivs vid Lundby specialistsjukhus behöver omhändertas när befintligt avtal med Capio går ut. Regionstyrelsen initierade mot bakgrund av det via Koncernkontoret en

investeringsidé avseende den framtida lokaliseringmöjligheten för den verksamhet som idag bedrivs på Lundby specialistsjukhus.

Planerna på att bygga ett nytt sjukhus på Hisingen har diskuterats under ett flertal år, åtminstone från och med år 2015 då regionfullmäktige beslutade om inriktningen för den öppna specialiserade närsjukvården i Göteborgsområdet (Regionfullmäktige § 2015–56). Ursprungligen planerades för en placering i Frihamnen men efter en prövning av markförhållanden bedömdes Wieselgrensplatsen vara en mer lämplig placering.

Investeringsidén avseende att bygga ett nytt specialistsjukhus på Wieselgrensplatsen anmäldes till den koncernövergripande behovsanalysen våren 2019. Regionstyrelsen beslutade att behovsanalysen behövde fördjupas och anpassas till kommande regional plan för operationskapacitet i Västra Götalandsregionen (beslut i regionstyrelsen 2019-10-15 §278). Behovsanalysen behövde också kompletteras så den motsvarande tanken om Närsjukhus som presenterats i regionstyrelsens beslut om Hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götaland (RS-2021-01348).

Efter en fördjupad behovsanalys bedömde investeringsberedningen i den koncernövergripande behovsanalysen 2021 att förslaget låg i linje med regionfullmäktiges beslut om ”Framtida inriktning för den öppna specialiserade närsjukhusvården i Göteborgsområdet” (Regionfullmäktige § 2015–56). Därtill bedömdes investeringsidén:

- Stödja regionstyrelsens beslut om ”Hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götaland” (RS-2021-01348).
- Inte drivas av ett absolut behov av mer lokaler för specialistmottagningar.
- Skapa förutsättningar för att utveckla processer och arbetssätt för mer nära vård.
- Vara mer kostnadseffektiv än att göra en totalupprustning av befintliga lokaler för Lundby specialistsjukhus.
- Möjliggöra samordningsvinster för respektive verksamhet, såsom exempelvis gemensam reception, provtagning- och laboratoriefunktion och kan underlätta samverkan mellan olika verksamheter samt möjliggöra för personalsamverkan mellan dessa.
- Upplevas som positiv av invånare genom att den erbjuder en samlad utbudspunkt för vårdverksamhet.

Regionstyrelsen gav i oktober 2021 regiondirektören i uppdrag att fortsätta planera för utbudspunkt Wieselgrensplatsen och att återrapportera en förstudie till regionstyrelsen senast oktober 2022. I februari 2023 fattade Styrelsen för fastighet, stöd och service beslut om att godkänna framtagna

förstudie och anmälde förstudien till regionstyrelsens investeringsberedning.

Av Västra Götalandsregionens investeringsplan 2024–2026 som antogs i juni 2023 framgår att förstudien inte tas med i investeringsplanen. Beslut om att eventuellt avsluta fastighetsinvesteringen bereds separat och planeras att behandlas av ägarutskottet och regionstyrelsen under hösten 2023. Detta då förstudien visat på en hög kostnad samt att byggnaden inte kommer stå klar i tid för att omhänderta vårdolymer som i dag utförs vid Lundby specialistsjukhus. Regionstyrelsen bedömde att vidare beredning av alternativ krävs för att fatta slutgiltigt beslut.

Den 9 november 2023 beslutade Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att förslaget att avsluta planeringen av Wieselgrensplatsens närsjukhus ligger i linje med måldokument och strategiska planer och översände beslutet till regionstyrelsen för fortsatt beredning av ärendet.

Sahlgrenska Life Hus 1 - Bakgrund och tidslinje

Sahlgrenska Life är ett samverkansprojekt mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet för att utveckla verksamheter och konkurrenskraftiga miljöer för forskning, utbildning, vård och innovation. Konceptet Sahlgrenska Life omfattar totalt tre hus fördelade på två parallella projekt. Projekt Hus 1 avser och genomförs helt i Västra Götalandsregionens egen regi. Projekt Hus 2 & 3 leddes under lång tid av en privat aktör Vitartes, i samråd med Göteborgs universitet, Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen. Projektet har efter framtagna systemhandling och till den kopplad investeringskalkyl omvärderats och beredning pågår nu om Västra Götalandsregionen ska överta hela projekt Hus 2 & 3 och genomföra det i egen regi. Denna granskning är avgränsad till projekt Hus 1, men kommer eventuellt där det är nödvändigt att beröra projekt Hus 2 & 3.

Sahlgrenska Life-konceptet och tillika projektet Sahlgrenska Life Hus 1 har diskuterats inom Västra Götalandsregionen under ett stort antal år. I denna granskning utgår vi från det uppdrag att ta fram en förstudie avseende projektet som regiondirektören fick i oktober 2016 som projektets start utifrån Västra Götalandsregionens investeringsprocess. En sammanställning över de viktigaste händelserna i Sahlgrenska Life Hus 1 projektet framgår av tabell 2, se bilaga 4.

Projektorganisation

Revisionsfråga 3: Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat säkerställt att ändamålsenliga projektorganisationer etablerats för de investeringsärenden som ingår i granskningens urval, med tillräckliga resurser och tydliggjorda roller, ansvar och beslutsmandat?

Iakttagelser

Regelverk för projektorganisation och styrgrupp i enskilda investeringsprojekt regleras inte i *Policy, Riktlinjer* respektive *Rutin för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar* utan fastställs från fall till fall. Projektorganisation och styrgrupps sammansättning samt roller, ansvar och beslutsmandat redogörs för per granskat urval nedan.

Wieselgrensplatsen

Investeringsidén avseende Wieselgrensplatsen initierades av regionstyrelsen genom dess förvaltning Koncernkontoret. Det innebär ett avsteg från ordinarie ärendegång avseende investeringsidéer, vilken är att de initieras av berörd utförarstyrelse. Som en konsekvens av detta har projektet under både behovsanalys- och förstudiefasen drivits av tjänstepersoner inom Koncernkontoret och Styrelsen för fastighet, stöd och service. Koncernkontoret har enligt intervju fungerat som huvudansvarig part och drivande i projektet under både behovsanalys och förstudiefaserna.

Ingen representant från berörda utförarstyrelser har ingått i projektets styrgrupp eller projektgrupp under förstudien. Däremot framgår av förstudierapport att samverkan har skett med representanter från berörda vård- och serviceverksamheter. Närhälsan, Folk tandvården, Regionhälsan, Sjukhusen i väster, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Habilitering & Hälsa, Capio Lundby Specialistsjukhus, ordförande i programområde Öron-Näsa-Hals samt specialister från Koncernkontoret inom exempelvis digitalisering. Konsulter har även anlåtats för att bistå i olika delar av förstudiearbetet, till exempel i samband med genomförd arkitektävling och vid upprättande av kalkyl för framarbetat huvudalternativ och handlingsalternativ.

Styrgrupp och projektorganisation

Av uppdragsbeskrivning för projektet fastställt av regiondirektören (RS 2021-00718) framgår att styrgruppens uppgift är att påbörja förstudie för

ett nytt närsjukhus på Wieselgrensplatsen som utgår från regionstyrelsens beslutade behovsanalys och den nuvarande vårdutbudsstruktur som råder för sjukhusen i Göteborgsområdet. I uppdraget ingår att redovisa det framtida produktionsbehovet och de behov av lokaler som närsjukhuset på Wieselgrensplatsen kommer att behöva. I uppdragshandlingen presenteras en övergripande bild av projektets organisationsstruktur, omfattande styrgrupp, projektledningsgrupp och delprojekt, se bilaga 5.

Styrgruppen ger även stöd till projektledningsgruppen i utredningsarbetet. Styrgruppen leds av representanter från Koncernstab för uppdrag och produktion hälso- och sjukvård i nära samarbete med Styrelsen för fastighet, stöd och services avdelning Västfastigheter och försörjningsförvaltningen vid styrelsen för logistik.

Vi har noterat att gränsdragningen för styrgruppens beslutsmandat inte är definierad i styrande dokument. Av styrgruppens protokoll framgår att styrgruppen fattat beslut vid olika tillfällen av varierande omfattning. Till exempel, i mars 2022 beslutade styrgruppen att inkludera ett apotek, café och ett stilla rum på Wieselgrens närsjukhus. I januari 2023 gav styrgruppen projektgruppen ett uppdrag att genomföra en arkitekttävling för detaljplanen.

Enligt intervjuade tjänstepersoner råder det ingen större osäkerhet om vilka mandat och befogenheter styrgruppen har när det gäller beslut som ska tas under förstudien. De anser att det är helt rimligt att styrgruppen har tolkat att den har befogenhet att fatta inriktningsbeslut kontinuerligt under hela förstudieprocessen utifrån styrgruppens uppdragsbeskrivning.

Projektledares ansvar regleras inte i den uppdragsbeskrivning som antagits för projektets styrgrupp. Vi har dock inom ramen för granskningen tagit del av en organisationsskiss för projektet där projektledarens och delprojektledarnas ansvar regleras övergripande. I intervjuer beskrivs att det är oklart om organisationsskissen har fått formellt godkännande, men det betonats att de ansvarsområden och roller som beskrivs i organisationsskissen överensstämmer med roll och ansvarsfördelning i praktiken. Huvudprojektledare har kommit från Koncernkontoret och har ansvarat för verksamhetsinnehåll och att driva frågor i styrgruppen. Respektive delprojektledares uppdrag framgår även övergripande av erhållna underlag.

Resurser

I Wieselgrensprojekt är det projektansvarigs skyldighet att säkerställa att projektet har tillgång till de resurser och kompetenser som krävs. I intervjuer framförs att projektet inte har brist på resurser, men att det generellt kan vara utmanande att få ordinarie operativ personal hos berörda

vårdverksamheter att delta aktivt i projektet. Kostnader som kan aktiveras har enligt intervju bokförts på framtagen projektkod i enlighet med gällande regelverk. Upparbetade kostnader i projektet uppgår till 17,1 mnkr⁴. Nedlagd tid från berörda vårdverksamheter har inte följts under förstudiens genomförande.

Sahlgrenska Life

Det har inte funnits ett samlat dokument som reglerar vilken roll, ansvar, beslutsmandat som projektorganisation och styrgrupper avseende Sahlgrenska Life som helhet eller specifikt för Sahlgrenska Life Hus 1 har haft. En organisationsskiss för hela Sahlgrenska Life-konceptet är framtagen och inom ramen för den anges befintlig organisation för projekt Hus 1, se bilaga 6. Av organisationskartan framgår att det har funnits fastställda projektstyrgrupper för såväl Projekt Hus 1 som Projekt Hus 2 & 3, vilka båda rapporterat till Samråd Västra Götalandsregionen.

Styrgrupper

Regiondirektören har via uppdrag från ägarutskottet varit ytterst ansvarig för projektets framdrift. Regiondirektören delegerade i sin tur ansvar för genomförande av förstudie till styrgruppen för Sahlgrenska Life Hus 1.

Uppdrag och arbetsformer för Styrgrupp Sahlgrenska Life Hus 1 regleras i dokumentet *Uppdragsbeskrivning för styrgrupp Sahlgrenska Life hus 1* som fastställdes av regiondirektören 2021-05-31. Styrgruppens uppdrag är att genomföra en översyn med sjukhusets verksamhetsperspektiv på den antagna programrapporten och avslutas med att berörda styrelser beslutar om färdigställd genomförandeplanering. Det är konceptbeslutet (RS 2016-06526) som varit ledande för arbetet med förstudien och det är styrgruppen som ansvarar för att den fortsatta projektorganisationen följer konceptbeslutet. Av konceptbeslutet framgår flera mål för projektet, så som att det ska stödja Västra Götalandsregionens handlingsprogram för Life Science men också att projektet ska bidra med ändamålsenlig infrastruktur för operation, akutsjukvård och helikoptertransporter. Vi har noterat att det i den framtagna förstudien konkretiseras hur projektet stödjer övergripande styrande mål.

I styrgruppen deltar tjänstepersoner från koncernredovisning, finans och ekonomistyrning på Koncernkontoret, Göteborgs Universitet, Styrelsen för fastighet, stöd och service och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Ordförande för styrgruppen är Sahlgrenska Universitetssjukhusets

⁴ Enligt tjänsteutlåtande till Strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens ärende (SNN 2023-00713) Utgångspunkt Wieselgrensplatsens närsjukhus, daterat 2023-10-23.

sjukhusdirektör. Det saknas representanter i styrgruppen från Sahlgrenskas ekonomifunktion.

Styrgruppens beslutsmandat regleras inte i uppdragshandling. Styrgruppen har under 2023 sammanträtt åtta gånger och har vid varje sammanträde mottagit rapportering från adjungerade projektledare, även kallade objektsansvariga. Av protokoll framgår även att styrgruppen tagit del av återrapporering avseende status för de extra våningsplanen, följsamhet gentemot tidsplan, rapport från konceptövergripande samråd, rapport från projektledning, rapport från förberedande arbeten och eventuella avvikelser med mera. Styrgruppen har inte fattat några beslut under 2023.

Sjukhusdirektören för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har i rollen som ordförande för styrgruppen vid behov återrapporerat projektets status till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Övriga deltagare i styrgruppen har ansvar för att återrapporera till sina respektive förvaltningar när de och/eller styrgruppen bedömer att det behövs.

Det underlag som styrgruppen har i uppgift att bereda fram ska medföra att Styrelsen för fastighet, stöd och service har uppgifter för att ta fram en systemhandling med tillhörande investeringskalkyl och internhyror. Ansvaret övergår därmed i praktiken succesivt till Styrelsen för fastighet, stöd och service i takt med att verksamhetsbehovet konkretiserats i programrapporten. I intervjuer anges dock att verksamheten alltid ansvarar för att planera behov och planering ligger hos berörd verksamhet byggnation, men att Styrelsen för fastighet stöd och service från och med beslut om genomförandeplanering ansvarar för byggnadens utformning.

Utöver styrgruppen finns inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets organisation olika styrgrupper som inte är direkt knutna till projektet, men som har till uppgift att samordna utvecklingen av Sahlgrenskas sjukhusområde och att planera och besluta om kommande fastighetsinvesteringar.

Projektledares roller

Det har enligt intervju funnits totalt fyra projektledare för projekt Hus 1. Två från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och två från Styrelsen för fastighet, stöd och service. Respektive organisation har utsett sina projektledare. Projektledarnas roll är att genomföra projektet enligt uppdragsbeskrivningen vilket innebär att leda arbetet med en programöversyn efter programrapporternas inkomna synpunkter och konkretisera verksamheternas lokal och utrustningsbehov.

Projektledningsgruppen för Hus 1 rapporterar till styrgruppen för Hus 1. Under projektledningsgruppen finns arbetsgrupper som arbetar med förstudier för inredda våningsplan. Se bilaga 5, Figur 2. Av intervjuer

framgår att ansvar och beslutsmandat för nyckelfunktioner inom projektorganisationen regleras genom uppdragsbeskrivning för projektets styrgrupp samt att roll och ansvar för projektledare och andra nyckelfunktioner inom projektorganisationen har reglerats genom deras ordinarie tjänst.

Resurser

Precis som för Wieselgrensplatsen är det för Sahlgrenska Life Hus 1 Styrelsen för fastighet, stöd och service som har svarat för att bokföra aktiverbara kostnader förknippat med planering av projektet. I intervjuer framförs att projektet bedöms ha tillräckligt med ekonomiska resurser men att det i projekt generellt finns en viss utmaning avseende att få ordinarie operativ vårdpersonal att avsätta tid för projektarbete.

Som beskrivet under revisionsfråga 2 ovan är det endast verksamhetens projektledares tid som kan bokas som en investeringsutgift i projektet. Kostnader som är direkt kopplade till Sahlgrenskas medverkan i projektet, som exempelvis den tid som personalen lägger ned i styrgrupp eller projektorganisationen, ersätts inte av projektet utan hanteras inom verksamhetens ordinarie driftsbudget.

Bedömning

Vi bedömer att ändamålsenliga projektorganisationer *delvis* har etablerats för de investeringsärenden som ingår i granskningens urval. Det saknas standardiserade övergripande dokument som reglerar hur ett enskilt investeringsprojekt ska organiseras med avseende på roller, ansvar och beslutsmandat samt rapporteringsvägar inom investeringsprojektets tjänsteorganisation. För granskade investeringsärenden har detta heller inte fastställts i en projektplan eller motsvarande för respektive projekt. Uppdrag och bemanning för respektive projekts styrgrupper har i stället regleras från fall till fall. Nyckelfunktioners ansvar utgår från deras ordinarie tjänstebeskrivning. Detta förfarande bedöms medföra risk att ansvar, beslutsmandat och roller inte är tydligt samt att styrgrupper och projektorganisationens sammansättning och beslutamandat inte anpassas utifrån den fas i investeringsprocessen som ett investeringsprojekt befinner sig i.

Som redogjorts för under revisionsfråga 2 ovan framgår av granskade investeringsärenden att berörda utförarstyrelserns möjlighet att bokföra tid som styrelsens personal lägger ned under planeringsfasen av ett investeringsprojekt är begränsad. Det har medfört vissa utmaningar för projekten att få stöd av framför allt operativ vårdpersonal under planeringsfasen.

Beslutsunderlag

Revisionsfråga 4: Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat säkerställt att beslutsunderlag i beredningsprocessen svarar mot fastställda mål och gällande regelverk vad gäller de investeringsärenden som ingår i granskningens urval?

Iakttagelser

Wieselgrensplatsen

Projektet har vid tid för granskning gått igenom faserna behovsanalys, inklusive koncernövergripande behovsanalys, och förstudie. Nedan redovisas de viktigaste underlag som tagits fram avseende projektet hittills, med fokus på specifika iakttagelser som är utöver avstämning att underlag har tagits fram i enlighet med regelverk.

Behovsanalys

Wieselgrensplatsen anmäldes till den koncernövergripande behovsanalysen våren 2019. Investeringsrådets beredning av ärendet visade på att behovet av nya lokaler var angeläget men att behovet i termer av produktionsvolymerna behövde förtydligas. Framför allt gällde detta investeringsidéens plan för operationssalar.

År 2021 anmäldes utbudspunkt Wieselgren återigen till den koncernövergripande behovsanalysen. Regionstyrelsen gav i samband med detta regiondirektören i uppdrag att påbörja en förstudie utifrån anmält behov.

Då behovet av investeringen inte anmälts av utförare var verksamhetsbehovet inte helt klargjort i behovsanalysen utan detta skulle i stället förtydligas i förstudien. I formulär 2, som avser anmälan om att få påbörja en förstudie, anges att investeringen stödjer Västra Götalandsregionens mål och strategier samt att investeringen kan erbjuda en samlad utbudspunkt för vårdverksamhet och skapa förutsättningar för att utveckla processer för en nära vård.

Förstudie

Av förstudien framgår att de vårdvolymerna som angetts i behovsanalysen inte var av den omfattningen att de skapade långsiktiga och hållbara verksamheter. I flera fall bedömdes verksamheter bli för små för att kunna bedrivas effektivt. Kostnaderna för investeringen är beräknad av styrelsen för fastighet, stöd och service enligt succesivprincipen. Huvudalternativet utan operationssalar beräknas medföra en investeringsutgift om

1 694 miljoner kronor och handlingsalternativet med operationssalar en investeringsutgift om 1 779 miljoner kronor. Styrelsen för fastighet, stöd och service har i förstudien tagit fram preliminära hyreskostnader för de verksamheter som flyttar in i lokalerna. Hyreskostnaden för flera tänkta hyresgäster kommer öka i jämförelse med nuvarande nivåer.

Som framgår av revisionsfrågorna 1 och 2 ovan ska berörda utförare godkänna framtida hyreskostnader vid en fastighetsinvestering. Enligt intervjuer genomförs detta generellt inte i ett separat beslut utan genom att ansvarig styrelse beslutar att anta förstudien. Då Wieselgrensprojektet drivits av Koncernkontoret fattade regiondirektören i januari 2022 ett verkställighetsbeslut om att påtänkta framtida hyresgäster på Wieselgrensplatsen ska uppvisa en plan för finansiering av kommande driftskostnader som redovisas i förstudien och rapportera detta till Koncernkontoret.

Svar har krävts in av bland annat Habilitering & Hälsa, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Regionhälsan och Folk tandvården. Samtliga verksamheter anger i sina svar att planerade lokaler antingen är för stora, att den hyra som beräknas är för hög eller båda.

Vid intervju framförs vidare synpunkten att det är tveksamt om Västra Götalandsregionens konkurrensutsatta verksamheter⁵ har möjlighet att flytta in i de nya lokalerna då de inte får ta del av Västra Götalandsregionens hyresbidrag och hyran i de nya lokalerna beräknas bli väsentligt högre än i de befintliga. Det bedöms i förstudien att om projektet ska fortskrida kommer hyresnivån och Västra Götalandsregionens interna hyresmodell behöver ses över med syfte att göra Wieselgrensplatsens närsjukhus relevant och attraktivt för huvudmän att bedriva verksamhet i.

Succesivkalkyl

Succesivkalkyl för Wieselgrensprojektet har upprättats i enlighet med inarbetat arbetssätt och framtagna mallar och instruktioner. Så väl underliggande kalkyl som succesivkalkyl är baserad på kostnadsläget vid tidpunkten för kalkylen, vilket var november 2022.

En budgetreserv om 14,4 procent av beräknad investeringsutgift har lagts in i succesivkalkylen. Historiskt sett anges att dessa påslag har varierat mellan 10–14 procent. ÄTA (ändrings- och tilläggsarbete) ingår inte i denna budgetreserv, och ändringar under projektets gång bedöms och hanteras separat.

⁵ Folk tandvården är ett exempel på en sådan verksamhet.

Sahlgrenska Life

Behovsanalys eller koncernövergripande behovsanalys har inte genomförts för projektet. Detta då projektet initierades innan dessa steg i Västra Götalandsregionens investeringsprocess hade implementerats.

Förstudie

Ett antal förstudier och en programrapport har tagits fram avseende Sahlgrenska Life Hus 1⁶. Framtagna förstudier är i huvudsak förenliga med instruktioner avseende förstudier i Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem.

I den första förstudien avseende Sahlgrenska Life Hus 1 presenteras ett huvudalternativ och ett handlingsalternativ. I handlingsalternativet ingår att bygga Hus 1 utan operationssalar och att operationssalarna inhyses i ett separat operationshus. Huvudalternativet innebär att även operationssalarna ingår i Hus 1 och att om- och påbyggnation görs av akutsjukvårdshuset. Beräknad investeringsutgift i handlingsalternativet är 5,7 miljarder kronor och i huvudalternativet 4,6 miljarder kronor. Till beslutet lämnades en bilaga med fördjupad konsekvensbeskrivning gällande de två alternativen där styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service förordnar huvudalternativet med de 3 extra våningsplanen. Trots detta beslutade ägarutskottet att välja handlingsalternativet för vidare planering.

Ägarutskottet gav i samband med förstudien ett uppdrag till regiondirektören att utreda förutsättningarna för ett programarbete och åiterrapportera detta i juni 2018. Särskild uppmärksamhet riktades mot storleken och omfattningen av det föreslagna projektet och dess finansiella förutsättningar. Efter beslut om att utreda förutsättningar för programarbete presenterades en förstudie med reducerat verksamhetsinnehåll⁷ för ägarutskottet i juni 2018. Potentiella konsekvenser för verksamheten av reducerat innehåll presenteras i en bilaga till beslutet, men det saknas en konsekvensbedömning av långsiktiga kostnadseffekter av att inte nyttja hela byggrätten.

⁶ Följande rapporter har under förstudiearbetet överlämnats till regionstyrelsen:

- Förstudie Sahlgrenska Life Hus 1
- Fördjupad förstudie Sahlgrenska Life Hus 1
- Fördjupning och konsekvensbeskrivning /.../ som kompletterar förstudierna Sahlgrenska Life Hus 1.
- Förstudie Sahlgrenska Life Hus 1, kompletterande rapport med reducerat verksamhetsinnehåll
- Delrapportering programrapport
- Programrapport Sahlgrenska Life

⁷ Reducerat verksamhetsinnehåll innebär övergripande att byggnation planeras enligt handlingsalternativet, men utan separat operationsbyggnad.

I förstudie med reducerat verksamhetsinnehåll bedöms den totala kostnaden till 3 miljarder kronor. Av förstudien framgår inte den extra kostanden för att säkerställa behovet av operationskapacitet eller dess konsekvenser, vilket utgör ett avsteg från Västra Götalandsregionens riktlinjer för investeringar. I nära anslutning till förstudien fattade Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset ett separat beslut om att ge sjukhusdirektören i uppdrag att komplettera lokalförsörjningsplanen och upprätta en försörjningsplan för operationsverksamhet de kommande femton åren (SU 2016–04268).

Förstudiefasen avslutas med att projektet sammanfattar underlaget i en programhandling. I programhandlingen för Sahlgrenska Life Hus 1 redovisas bedömd investeringskostnad i kostnadsläge december 2019 till 2,65 miljarder kronor exklusive inredning och utrustning.

Genomförandeplanering

Genomförandeplanering avseende projektet har pågått sedan år 2018. Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i januari 2021 att återremittera Styrelsen för fastighet, stöd och service och Sahlgrenska universitetssjukhusets begäran om fortsatt genomförandeplanering. Detta då regionstyrelsen ansåg att Sahlgrenska behövde tydliggöra hur driftkostnader förknippade med Sahlgrenska Life projektet ska hanteras. En ekonomisk plan för hantering av driftkostnader har efter detta delgetts regionstyrelsen som då godkände fortsatt genomförandeplanering. Regionstyrelsen konstaterade däremot att angivna åtgärder var generella och beslutade att Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska säkerställa en tydlig lösning av finansiering av driftkostnader inför ibruktagande. Detta har ännu ej gjorts.

Under 2023 godkände regionstyrelsen en begäran från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service att få påbörja en förstudie för tre extra våningsplan i Hus 1. Vi har noterat att detta medför att genomförandeplanering och förstudie pågår parallellt för Hus 1, vilket utgör ett avsteg från investeringsprocessen.

Succesivkalkyl

I granskningen har vi tagit del av upprättad successivkalkyl, inklusive en investeringskalkyl, för Sahlgrenska Life Hus 1 i systemhandlingsskedet⁸. Succesivkalkylen har genomförts i enlighet med Styrelsen för fastighet, stöd och service arbetssätt för succesivkalkylering. I kalkylen uppskattas

⁸ *Kvalitetssäkring inför genomförandebeslut med Förenklad osäkerhetsanalys enligt Successivprincipen för Sahlgrenska Life Hus 1.*

slutkostnaden för projektet, exklusive de tre extra våningsplanen, i huvudscenariot till 3,42 miljarder kronor.

Ett antal osäkra kostnader identifieras i succesivkalkylen, varav den generella osäkerheten i byggmarknaden bedöms som den mest betydande. Per identifierad osäkerhet anges de möjligheter och risker den medför. En handlingsplan med åtgärder för att adressera identifierade osäkerheter återfinns i kalkylen. Däremot anges ingen budgetreserv i succesivkalkylen. Kalkylen omfattar inte indexuppräknning.

Bedömning

Vi bedömer att det *delvis* säkerställts att beslutsunderlag i beredningsprocessen svarar mot fastställda mål och gällande regelverk för de två investeringsprojekt vi granskat. För granskade investeringsärenden har ansvariga styrelser i huvudsak tagit fram de underlag som krävs enligt Västra Götalandsregionens investeringsprocess. Däremot följs inte Västra Götalandsregionens investeringsprocess i vissa delar.

För Sahlgrenska Life Hus 1 saknas det underlag för genomförd behovsanalys. Vidare framgår att förstudiearbete och genomförandeplanering pågått parallellt under delar av projektet. Frågan om hur driftkostnader som följer av projektet ska hanteras har även uppkommit efter att en rad förstudierapporter har tagits fram för projektet. Under granskningen är det inte fastställt hur driftkostnader som följer av projektet ska finansieras.

Avseende Wieselgrensplatsen noterar vi att projektet initierats år 2019 av regionstyrelsen/Koncernkontoret och att berörda utförarstyrelser först år 2022 fick möjlighet att uttala sig om projektet och då menade att planerade lokaler inte är lämpade för deras verksamhet eller innebär en för hög hyra.

Återrapportering

Revisionsfråga 5: Har regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service, utifrån sina respektive ansvar och mandat säkerställt en ändamålsenlig återrapportering av investeringsärenden under investeringsprocessen till politisk nivå vad gäller de investeringsärenden som ingår i granskningens urval?

Iakttagelser

Wieselgrensplatsen

Rapportering enligt investeringsprocessen

Återrapportering av investeringsprojektet Wieselgrensplatsen till politiskt ansvarig nivå har skett i enlighet med stegen i Västra Götalandsregionens investeringsprocess. Investeringsärenden beskrivs i intervjuer generellt vara väl beredda när de presenteras för beredande eller beslutande organ så som investeringsrådet, regionstyrelsens ägarutskott eller regionstyrelsen. Däremot beskrivs i ett antal intervjuer att ärenden oftast uppfattas långt gångna innan de når den politiska beslutsnivån, vilket begränsar politikernas möjlighet att påverka investeringars inriktning. I fallet med Wieselgrensplatsen har det till exempel riktats kritik mot att vinnaren av en arkitekttävling har utlysts, vilket tolkats som att det finns ett beslut att bygga närsjukhuset vid Wieselgrensplatsen, även om ett sådant beslut faktiskt inte har fattats.

I kontrast till detta har vi noterat att det funnits en detaljerad tidplan för rapportering till politiken i uppdragshandling för projektets styrgrupp och att tre lägesrapporter har presenterats till ägarutskottet, dåvarande fastighetsnämnden samt Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och Västra hälso- och sjukvårdsnämnden under 2022. Av granskade protokoll från tillfällena framgår att information om projektet presenteras, där bland annat arkitekttävlingen nämns.

Återrapportering avseende avvikelse

Som framgår under revisionsfråga 2 ovan ska en återrapportering ske då en avvikelse identifieras i ett pågående investeringsärende. Som framgår under avsnitt **Wieselgrensplatsen – Tidslinje och bakgrund** har projektets förstudie inte inkluderats i *Investeringsplan 2024–2026* och separat beredning pågår avseende att avbryta projektet. Det finns flera orsaker till förslaget att avbryta projektet, där en av dem anges vara att ursprunglig tidplan för projektet inte längre bedöms möjlig att hålla. Tidplanen utgick från att projektet skulle stå klart i tid för att omhänderta den vård som idag bedrivs vid Lundby specialistsjukhus. När den tidplanen nu inte längre bedöms möjlig att hålla så behöver en övergångslösning för att omhänderta den vården ändå tas fram. Vi har för granskningen inte tagit del av något särskild återrapportering avseende denna avvikelse mot fastställd plan utan

återrapportering har skett i samband med att projektets förstudie färdigställdes.

Sahlgrenska Life

Rapportering enligt investeringsprocessen

Behovsanalys, förstudie och den årliga begäran om fortsatt genomförandeplanering ska beslutas och rapporteras från Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service till regionstyrelsen. Projektet Sahlgrenska Life Hus 1 påbörjades innan fasen behovsanalys implementerats i Västra Götalandsregionens investeringsprocess och en behovsanalys har därför inte rapporterats. Däremot har anmälan och återrapportering av förstudier, programrapport och begäran om genomförandeplanering till politiska instanser för beslut i huvudsak skett enligt rutin.

En avvikelse som noteras i granskningen är att Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Styrelsen för fastighet, stöd och service årligen har skickat in formulär 3 – *Anmälan om beslut för att /.../ fortsätta genomförandeplanering* sedan Sahlgrenska Life Hus 1 antogs i regionstyrelsens investeringsplan 2017 samtidigt som organisationen arbetat med att ta fram ytterligare förstudier. Dessa faser av investeringsprocessen har alltså delvis överlappat varandra.

Fram tills genomförandeplanering påbörjas finns inget krav i investeringsprocessen på återrapportering utöver återrapportering vid avvikelser samt kravet på ett politiskt beslut om att anta förstudien. I vissa intervjuer har det framförts att ärenden i investeringsprocessen ofta är långt gångna och beredda av förvaltningar innan de når politiken vilket medför litet utrymme för politiken att påverka investeringar och dess inriktning. I andra intervjuer beskrivs i kontrast till det att styrelser och nämnder inte är tillräckligt aktiva eller visar tillräcklig förståelse för drifts- och investeringskostnader som blir konsekvensen av en investering på längre sikt. En faktor som beskrivs kunna bidra till det är att de beslutsunderlag som avser större investeringsprojekt som sträcker sig över lång tid ofta är tekniskt komplicerade och omfattande, vilket medför att de kan vara svåra att ta till sig.

Projektets utsträckning i tid och komplexitet beskrivs i intervjuer även medföra risk att projektet förskjuts i tid. Av granskningen framgår att projektets förutsättningar har ändrats vid flera tillfällen. I samband med beslutet att godkänna förstudie och gå vidare med programarbete år 2018 fastställdes att Hus 1 skulle stå klart i mitten av 2025. En delrapport av programarbetet presenterades för ägarutskottet i juli 2019 som fattade beslut att senarelägga projektet med tre år till 2028 med anledning av höga

investeringskostnader i Västra Götalandsregionen. I programhandlingen som presenterades för det samlade förstudiearbetet uppdateras tidsplanen med den yttre hållpunkten satt till kvartal två 2029.

I skrivande stund pågår genomförandeplanering för Hus 1 med reducerat verksamhetsinnehåll. Samtidigt har regionstyrelsen beviljat Styrelsen för fastighet, stöd och service att återigen utöka genomförandeplaneringen för Hus 1 utifrån ursprungligt förslag med 11 våningsplan och att ta fram program- och systemhandling till en investeringsutgift om 180 miljoner kronor.

För att klara detta inom tidsplanen föreslås en etappindelning av byggnationen av Hus 1 där grund och källarvåning erhåller ett separat genomförandebeslut innan själva husbyggnationen beslutas. På så sätt skapas tidsutrymme för att ta fram program- och systemhandling för projekt Vårdplan Hus 1 så att genomförandebeslut för projektet kan erhållas vid samma tidpunkt som för genomförandet av Sahlgrenska Life Hus 1. Beslut om genomförande ska enligt tidsplan fattas under kvartal fyra år 2024.

I intervjuer uttrycks tveksamhet till om Hus 1 kommer hålla tidsplanen i genomförandefasen då det upplevs finnas en betydande risk för att genomförandeplaneringen behöver startas om i vissa delar.

Bedömning

Vi bedömer att ansvariga styrelser *delvis* säkerställt en ändamålsenlig återrapportering av granskade investeringsärenden till politisk nivå under investeringsprocessen. Återrapportering har skett enligt Västra Götalandsregionens investeringsprocess eller enligt instruktion i enskilt beslut.

Däremot framgår att båda de granskade investeringsärendena har pågått under lång tid och är komplexa, vilket bedöms medföra att det är svårt att få en fullständig överblick över projektens förutsättningar. Båda projektens genomförande har även förskjutits i tid och åtminstone för Wieselgrensplatsen är detta en av anledningarna till att projektet föreslås att avbrytas. Vi noterar i relation till detta att faserna i Västra Götalandsregionens investeringsprocess inte är tidsatta.

Sammanfattande bedömning

Vi bedömer att ansvariga styrelser och regionstyrelsen *delvis* säkerställt en ändamålsenlig styrning med tillräcklig intern kontroll av fastighetsinvesteringar i sjukhus för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi.

Bedömningen är baserad på granskning av Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem avseende större ägarstyrda investeringar. I granskningen har två urval ingått, Wieselgrensplatsen och Sahlgrenska Life Hus 1.

Beredning och beslut av investeringar regleras i tydliga steg i Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem för hantering av investeringar. Däremot framgår av granskningen att det finns brister i styr- och ledningssystemet avseende investeringar vad gäller styrning-, ledning och arbetsätt.

Av genomförd granskning framgår att det finns behov att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess.

De två granskade investeringsärendena har delvis följt Västra Götalandsregionens investeringsprocess. I de fall projekten har avvikit från ordinarie investeringsprocess bedömer vi att det medfört negativa konsekvenser. Vi noterar till exempel att investeringsidéen avseende nytt närsjukhus vid Wieselgrensplatsen har anmälts och drivits av regionstyrelsens förvaltning Koncernkontoret och att det var först i samband med att förstudien färdigställdes som berörda utförarstyrelser förvaltningar beredes möjlighet att uttala sig om beräknad hyra för planerade lokaler och att dessa då ifrågasatt projektets genomförbarhet. Vidare konstaterar vi att en finansieringsplan för de driftkostnader som är förknippade med Sahlgrenska Life Hus 1 tagits fram efter att projektets första förstudie behandlats, samt att frågan om hur driftkostnader förknippade med planerad byggnation ska hanteras fortsatt inte är helt klarlagd.

Av granskningen framgår även att det behöver säkerställas att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv.

Vi konstaterar att underlag avseende Västra Götalandsregionens samlade vårdkapacitetsbehov inte är fullständiga. Vidare noterar vi att de enskilda utförarstyrelserna har tagit fram lokalbehovsplaner, men att underlagen inte har en enhetlig utformning. Vidare framgår av granskningen att en samlad lokalförsörjningsplan för Västra Götalandsregionen ännu ej är fastställd. Avsaknaden av ett fullständigt och samlat underlag på dessa områden bedömer vi riskerar att medföra att brister i föreslagna investeringsidéer inte identifieras i behovsanalysfasen.

Vi noterar i relation till detta att ett viktigt skäl till att projektet Wieselgrensplatsen föreslås avbrytas är att ny kunskap om Västra Götalandsregionens vårdkapacitetsbehov har medfört att behovet av

planerad byggnation minskat. För Sahlgrenska Life Hus 1 framgår att två faser i investeringsprocessen har pågått parallellt. Förstudie har beretts samtidigt som genomförandeplanering har pågått. En komplicerande faktor är att lokalförsörjningsmässiga och ekonomiska konsekvenser av projektets inriktning värderats olika över tid.

Vi konstaterar att avtalsmässiga begränsningar avseende Wieselgrensplatsen har varit kända under en längre tid. Ändå har projektet försenats mot ursprunglig tidplan. En av anledningarna till att Wieselgrensplatsen föreslås att avbrytas är att projektet i förstudie inte längre bedöms kunna vara klart i tid för att ersätta den vård som idag bedrivs på Lundby specialistsjukhus. Vi noterar i relation till detta att de olika delarna i Västra Götalandsregionens investeringsprocess inte är tidsatta. Det bedöms naturligt att investeringsprojekt tar olika lång tid att planera och vi noterar att respektive moment i investeringsprojekt tidsätts i samband med beslut om att de ska genomföras. Vi bedömer däremot att respektive fas i investeringsprocessen kan tydliggöras avseende hur lång tid fasen bör ta i ett normalt fall. Dels så att utförarstyrelser får en uppfattning av vilken planeringshorisont som krävs avseende fastighetsinvesteringar, dels för att minska risken att framtagna underlag blir inaktuella innan beslut utifrån dem kan fattas. Ett exempel på denna risk är att upprättade investeringskalkyler enligt rutin inte inkluderar uppräkningsindex, vilket medför att de riskerar att inte vara rättvisande om ett projekt förskjuts i tid.

Av granskningen framgår slutligen att ansvariga styrelser bör säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen.

Vi konstaterar att uppdragshandling för investeringsrådet har upphört att gälla vid tid för granskning.

Styrgrupp och projektorganisation har funnits för båda de granskade urvalen. Däremot konstaterar vi att ramverk avseende dessa funktioner, inklusive organisation, roller och ansvar, inte är fastställt i styr- och ledningssystem för Västra Götalandsregionens investeringsprocess. Detta regleras i stället antingen genom ordinarie tjänstebeskrivning eller i särskilt beslutade uppdragshandlingar till styrgrupper, vilka fastställs från fall till fall. Vi bedömer att detta förfarande medför risk för otydlighet i projektorganisationen avseende ansvar, beslutsmandat och roller för styrgrupp, projektledare och andra funktioner. Detta inte minst då ansvar, beslutsmandat och roller inom såväl styrgrupp som projektorganisation kan behöva justeras mellan olika faser av Västra Götalandsregionens investeringsprocess.

Vi noterar slutligen att nedlagd tid av personalresurser från berörd utförarstyrelse som nyttjas vid planering av investeringsprojekt i huvudsak

inte dokumenteras eller följs upp på något sätt. Det innebär att redovisad projektkostnad inte motsvarar den faktiska totala kostnaden under ett projekts planeringsfas. Detta har bärning på redovisning av förgäveskostnader vid avslutade projekt som ej går till genomförande. Det kan även innebära svårigheter för projektorganisationen att rekquirera nödvändig verksamhetspersonal under planeringsfasen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus:

Revisionen rekommenderar efter genomförd granskning ansvariga styrelser och regionstyrelsen att:

- Säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess
- Säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv
- Säkerställ att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen.

Det kommunala ansvarssystemet

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

Regionfullmäktige 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 regionfullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Regionstyrelsen 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 regionfullmäktige 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 revisionsred i kommunal verksamhet. God revisionsred formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god revisionsred 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 revisionsred i kommunal verksamhet.

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

Regionen 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.

Bilagor

Bilaga 1 – Formulär 3

Formulär 3: Sammanfattande och kompletterande uppgifter om färdigställd förstudie eller pågående genomförandeplanering

Detta formulär är ett verktyg som kompletterar de förstudier som berörda nämnder/styrelser anmäler till regionstyrelsen om att påbörja/fortsätta genomförandeplanering för ägarstyrda investeringar i fastigheter, fordon eller allmän utrustning (som inte är mindre ägarstyrda fastighetsinvesteringar eller mindre ägarstyrda investeringar i allmän utrustning). Formuläret är till för att underlätta Koncernkontorets arbete med att bereda och lämna förslag på investeringsbudget och investeringsplan, inklusive förslag på koncernövergripande prioriteringar. Alla begrepp, krav etcetera som förekommer i formuläret är i enlighet med beslutad policy och riktlinje för Västra Götalandsregionens hantering av investeringar.

3. Status på planeringen och anmälan av avvikelser

Avvikelser i pågående planering rapporteras årligen, inför beredningen av nästkommande investeringsplan.

3.1 Är planeringen av investeringen inom ramen för regionstyrelsens beslut om att påbörja förstudie?

- a) Ja
- b) Nej

3.2 Är planeringen av investeringen inom ramen för regionstyrelsens tidigare beslut om att påbörja/fortsätta genomförandeplanering (om tillämpligt)

- a) Ja
- b) Nej

3.3 Innebär planeringen av investeringen några avsteg, med konsekvens för berörd verksamhet, från regionstyrelsens tidigare beslut om att påbörja förstudie och/eller fortsätta genomförandeplanering?

- a) Ja
- b) Nej

3.3.1 Vad är det som avviker från regionstyrelsens tidigare beslut?

- a) Förändringar i behovet av investeringen
- b) Förändringar i lösningsalternativ/lösning
- c) Förändringar i tidplanen
- d) Förändringar i investeringsutgiften
- e) Förändringar i utbetalningsplanen

3.3.1.1 Beskriv inträffade avvikelser i enlighet med ikryssade rutor. (Ex storleken på inträffad fördyring.)

3.3.2 Vad är orsaken till inträffad avvikelse?

- a) Brister i tidigare planering
- b) Omvärldsförändringar
- c) Förändringar i region-/systemövergripande styrdokument
- d) Synnerliga skäl för tillägg/ändringar i planeringen
- e) Ny beräkning av investeringsutgiften

3.3.2.1 Vänligen utveckla beskrivningen av ovan nämnda orsaker till avvikelsen

3.3.3 Beskriv de åtgärder som tidigare vidtagits i planeringsarbetet för att förebygga inträffade avvikelser.

till exempel åtgärder för att begränsa osäkerheter och/eller exponering mot ofrånkomliga osäkerheter. Samt vilka egna ansträngningar har projektet gjort med förslag på omprioriteringar inom befintlig budgetram och tidplan?

3.3.4 Vilka konsekvenser bedömer projektet att föreslagna omprioriteringar får för berörd verksamhet?

3.3.5 Är inträffade avvikelser och förslag på omprioriteringar förankrade i berörd utförarstyrelse?

- a) Ja
- b) Nej

3.3.5.1 Datum för sammanträdet där förankring skedde i utförarstyrelsen:

3.3.6 Är inträffade avvikelser och förslag på omprioriteringar förankrade i fastighetsnämnden? [endast för fastighetsinvesteringar]

- a) Ja
- b) Nej

3.3.6.1 Datum för sammanträdet där förankring skedde i fastighetsnämnden (om tillämpligt):

Bilaga 2 – Tabell 1 – Dokumentation som tas fram i respektive fas/moment av investeringsprocessen

Fas/moment investeringsprocessen	Ansvarig verksamhet	Dokument

Behovsanalys - Fas 1	Utförarstyrelse	Formulär 2 - Anmälan om att få påbörja förstudie för idéer om ägarstyrda investeringar
Koncernövergripande behovsanalys (KÖBA) - Moment i Fas 1	Investeringsrådet	KÖBA Investeringsplan
Förstudie - Fas 2	Utförarstyrelse Styrelsen för fastighet stöd och service	Tjänsteutlåtande med bifogad förstudie Formulär 3 – sammanfattande och kompletterande uppgifter om färdigställd förstudie eller pågående genomförandeplanering
Genomförandeplanering - Fas 3	Utförarstyrelse Styrelsen för fastighet, stöd och service	Program- och systemhandling Formulär 3 – sammanfattande och kompletterande uppgifter om färdigställd förstudie eller pågående genomförandeplanering

**Tabellen gäller för ägarstyrda fastighetsinvesteringar.*

Bilaga 3, Formulär 2

Nedan beskrivs formulärets innehåll.

1. Anmälande utförare kryssar i det kriterium som är den primära drivkraften bakom idén om en ägarstyrd investering. Vidare lämnar anmälande utföraren en kortfattad kommentar om på vilket sätt idén om investering uppfyller det ikryssade kriteriet.
2. Anmälande utförare lämnar uppgifter om vad för problem / möjlighet(er) som det finns ett angeläget behov av att lösa/fånga,

- hur omfattande problemet / möjligheten är och problemets / möjlighetens koppling till helheten.
3. Anmälade utförare lämnar uppgifter om vad verksamheten i huvudsak vill åstadkomma med användningen av investeringen om den genomförs, i vilken omfattning och vad bidraget till helheten blir.
 4. Anmälade utförare lämnar uppgifter om när förväntade nyttor behöver vara realiserade i verksamheten som en förutsättning för att planera och genomföra idén om investering i tid.
 5. Anmälade utförare lämnar uppgifter om varför det är just en investering som är nödvändig jämte alternativen och nyttjandet av befintliga tillgångar i förhållande till de region-/områdesövergripande normtal etcetera som finns beslutade.
 6. Anmälade utförare lämnar uppgifter om vem som har vilken roll och vilket ansvar i planering, genomförande och nyttorealiserings för idén om investering.
 7. Anmälade utförare tillsammans med fastighet, stöd och service för idéer om ägarstyrda fastighetsinvesteringar lämnar uppgifter om olika typer av förutsättningar som riskerar att försvåra, fördröja, försena eller omöjliggöra planering, genomförande och/eller nyttorealiserings för idén om investering
 8. Koncernkontoret lämnar uppgifter om beredningsgruppens frågor som underlättar för anmälade utförare att förbereda dialogmöte och säkerställa att beredningsgruppen prövning av idén om investering är sakligt korrekt.
 9. Koncernkontoret lämnar uppgifter om vad beredningsgruppen kommit fram till, och på vilka grunder, som skapar förutsättningar för anmälade utförare att ge adekvat återkoppling. Vidare lämnar Koncernkontoret i en bilaga uppgifter som tydligt från början synliggör hur lämnade uppgifter i formuläret kommer hanteras och som underlättar för anmälade utförare att följa beredningen av anmälan.

Bilaga 4 – Tabell 2 – Tidslinje över de viktigaste händelserna under Sahlgrenska Life Hus 1 projektet

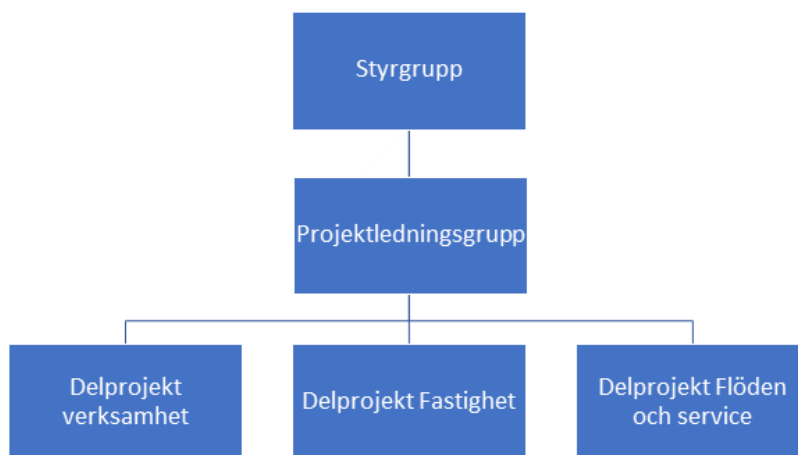
Tid	Händelse	Steg i investeringsprocessen
-----	----------	------------------------------

2016-10-26	Ägarutskott ger uppdrag till regiondirektör att ta fram förstudie	Förstudie
2017-12-06	Ägarutskott informeras om förstudie för etablering av Sahlgrenska Life	Förstudie
2018-03-08	Ägarutskott beslutar att uppdraget om förstudie för fullgjort och noterar informationen om den fördjupade förstudien (fördjupning- och konsekvensbeskrivning) avseende Hus 1. Ägarutskott ger regiondirektör i uppdrag att utreda och undersöka förutsättningarna för att starta ett programarbete avseende Sahlgrenska Life och "dess" Hus 1.	Förstudie
2018-06-20	Ägarutskott informeras om fördjupad förstudie Sahlgrenska Life presenteras med kompletterande rapport om reducerat verksamhetsinnehåll i Hus 1. Ägarutskott ger regiondirektör i uppdrag att genomföra ett programarbete rörande Hus 1.	Genomförande-planering
2018-08-28	Regionstyrelse beslutar enligt Ägarutskott 2018-06-20	Genomförande-planering
2019-08-21	Ägarutskott informeras om Hus 1, delrapport programarbete	Genomförande-planering
2019 november	Projektledning får besked att minska kostnaden för Sahlgrenska Life	Genomförande-planering
2020-02-18	Ägarutskott informeras om färdigställd programrapport för det samlade projektet Sahlgrenska Life	Genomförande-planering
2020-10-19	Göteborgs Universitet beslutar att fortsatt delta i projektet	
2020-12-15	Regionstyrelsen beslutar om konceptet Sahlgrenska Life	Genomförande-planering

2021-01-26	Regionstyrelsen återremitterar begäran om fortsatt genomförandeplanering Hus 1 till Sahlgrenska Universitetssjukhuset med krav på tydligare plan för att omhänderta driftskostnader	Genomförande-planering Hus2-3
2021-05-25	Regionstyrelsen beslutar om fortsatt genomförandeplanering Hus 1 efter mottagen återremiss	Genomförande-planering Hus 1
2022-06-07	Regionstyrelsen beslutar att genomföra förberedande arbeten för Hus 1	Genomförande-planering förberedande arbeten
2022-12-13	Regionstyrelsen beslutar att bevilja förstudie för utökad genomförandeplanering med ytterligare tre våningsplan för Hus 1	Förstudie vårdplan
2024 kvartal 4	Planerat genomförandebeslut Hus 1	
2024–2029	Planerat genomförande	

Bilaga 5

Figur 1 – Organisation för Wieselgrensprojektet som presenterad i uppdragshandling



Figur 2 – Organisation för Sahlgrenska Life Hus 1

Till regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna

Granskning av ny politisk organisation (REV 2023-00094)

Revisionen har granskat den politiska organisation som infördes inom Västra Götalandsregionen den 1 januari 2023. Granskningen har omfattat regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden samt delregional nämnd östra.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelser givits förutsättningar att genomföra sina uppdrag i enlighet med regionfullmäktiges beslut.

Revisionens bedömning är att regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation inom hälso- och sjukvårdsområdet till största del har genomförts, och att det finns goda förutsättningar att uppnå en tydligare styrning samt mer renodlade ansvar och roller i den nya organisationen. Ansvar, roller och inbördes relationer mellan nämnder och styrelser har definierats, även om viss otydlighet hade kunnat undvikits redan inför och vid inrättandet av den nya organisationen.

Revisionen lämnar två rekommendationer till regionstyrelsen och en till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna samt se till att arbetssätten dem emellan fungerar
- agera tydligare i sin övergripande ägar- och styrfunktion och i rollen som beredningsorgan åt regionfullmäktige, för att säkerställa att den nya politiska organisationen implementeras enligt fullmäktiges intentioner.

Revisionen rekommenderar strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att

- påbörja arbetet med sitt uppdrag att ta fram måldokument och strategiska planer för den övergripande och långsiktiga inriktningen inom hälso- och sjukvården, alternativt återkoppla till regionfullmäktige och eventuellt föreslå en annan hantering av uppdraget.

Revisionsrapporten översänds för yttrande till regionstyrelsen och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden samt för kännedom till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, de delregionala nämnderna, styrgruppen för ny politisk organisation samt regionfullmäktiges presidium.

Vi önskar yttrande från regionstyrelsen och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden senast den 31 maj 2024. Av yttrandet ska framgå vilka åtgärder ni har vidtagit eller planerar att vidta med anledning av rekommendationerna.

Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

Vänersborg den 24 januari 2024

För revisorskollegiet,

Krister Stensson,
ordförande

Vivi-Ann Nilsson,
vice ordförande



Revisionsrapport
2024-01-24

Granskning av ny politisk organisation

Datum: 2024-01-24
Dokumentnamn: Granskning av ny politisk organisation
Diarienummer: REV 2023-00094
Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen
www.vgregion.se/revision

Innehåll

1	Läsanvisning.....	3
2	Sammanfattning.....	4
2.1	Syfte och omfattning	4
2.2	Resultatet i korthet.....	4
2.3	Rekommendationer.....	5
3	Utgångspunkter.....	6
3.1	Bakgrund.....	6
3.2	Syfte och revisionsfrågor	6
3.3	Avgränsning	7
3.4	Revisionskriterier	7
3.5	Ansvariga nämnder och styrelser.....	8
3.6	Metod	8
4	Resultatet av granskningen.....	9
4.1	Revisionsfråga 1 – om regionfullmäktiges beslut	9
4.2	Revisionsfråga 2 – om tidiga erfarenheter.....	22
4.3	Revisionsfråga 3 – tydligare ansvar, roller och inbördes relationer	35
4.4	Sammanfattande bedömning.....	41
4.5	Rekommendationer.....	45
Bilaga 1	Metod	47
Bilaga 2	Förslag till utbudspunktsförändringar mm	48
	Det kommunala ansvarssystemet.....	53
	Revisionen i korthet	54

1 Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört 2023 av Västra Götalandsregionens nya politiska organisation.

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

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöter i de nämnder och styrelser som vi har granskat samt tjänstepersoner i berörda förvaltningar, 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 den granskning vi har genomfört.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattning. Där får du snabbt en bild av det vi har kommit fram till i granskningen, och hittar de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning, det vill säga det som ramar in granskningen. Där ser du även vilka nämnder och styrelser som omfattats av granskningen.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet av granskningen. Där går vi igenom de iakttagelser och bedömningar vi gjort i granskningen. Sist i det avsnittet hittar du en sammanfattande bedömning samt de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen.

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

2 Sammanfattning

Regionfullmäktige fastställde i april 2022 detaljutformningen av Västra Götalandsregionens politiska organisation för perioden 2023–2027. Då revisionen ser risker med omfattande förändringar av styrning, roller och ansvar i en ny politisk organisation avser vi att granska implementeringen av den nya politiska organisationen under mandatperioden.

2.1 Syfte och omfattning

För den granskning som genomförts under 2023 har syftet varit att bedöma om berörda nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet givits förutsättningar att genomföra sina uppdrag i enlighet med regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation.

Granskningen omfattar

- regionstyrelsen
- strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden
- operativa hälso- och sjukvårdsnämnden
- delregional nämnd östra.

2.2 Resultatet i korthet

Granskningen visar att regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation inom hälso- och sjukvårdsområdet till största del har genomförts. Ansvar, roller och inbördes relationer mellan nämnder och styrelser har definierats, även om viss otydlighet hade kunnat undvikits redan inför och vid inrättandet av den nya organisationen.

Granskningen visar även att det finns goda förutsättningar att uppnå en tydligare styrning samt mer renodlade ansvar och roller i den nya organisationen, men även här gör revisionen bedömningen att en del av otydligheterna hade kunnat undvikas inför implementeringen.

Revisionen anser att regionstyrelsen i sin övergripande ägar- och styrfunktion borde tagit en mer aktiv roll i att förtydliga ansvarsfördelning och arbetsformer mellan berörda nämnder och styrelser, för att säkerställa att den nya politiska organisationen inom hälso- och sjukvårdsområdet implementeras enligt fullmäktiges intentioner.

Granskningen visar även att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden inte påbörjat sitt uppdrag från regionfullmäktige att ta fram måldokument och

strategiska planer för den övergripande och långsiktiga inriktningen inom hälso- och sjukvården, och inte heller återkopplat detta till fullmäktige.

2.3 Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisionen vid behov rekommendationer om förbättringar till granskade nämnder och styrelser. Revisionen kommer enligt revisionsplan 2023–2025 att fortsätta granskningen av den nya politiska organisationen. Nedan hittar du de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen 2023.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna samt se till att arbets-sätten dem emellan fungerar
- agera tydligare i sin övergripande ägar- och styrfunktion och i rollen som beredningsorgan åt regionfullmäktige, för att säkerställa att den nya politiska organisationen implementeras enligt fullmäktiges intentioner.

Revisionen rekommenderar strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att

- påbörja arbetet med sitt uppdrag att ta fram måldokument och strategiska planer för den övergripande och långsiktiga inriktningen inom hälso- och sjukvården, alternativt återkoppla till regionfullmäktige och eventuellt föreslå en annan hantering av uppdraget.

Revisionen uppmanar granskade nämnder och styrelser att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

3 Utgångspunkter

3.1 Bakgrund

Regionfullmäktige fastställde den 12 april 2022 detaljutformningen av Västra Götalandsregionens politiska organisation för perioden 2023–2027¹. Utgångspunkten var en tydligare styrning, renodlade ansvar och roller samt större genomslag för politiska beslut. Att utforma en ny styrning kommer enligt den styrgrupp som arbetat med utformningen att ta tid och kräva nya arbetssätt och metoder, med en stegvis implementering av ny styrning med start i beredningen och genomförandet av budget 2024.²

Revisionen ser risker med omfattande förändringar av styrning, roller och ansvar i en ny politisk organisation. Stora förändringar riskerar att skapa otydligheter i organisation och styrning, ledning och uppföljning samt att dra ut på tiden. Revisionen avser därför att granska implementeringen av den nya politiska organisationen under åren 2023–2025.

För 2023 såg revisionen risken att den nya politiska organisationen inte tillräckligt snabbt skulle ge avsedda effekter i form av tydligare styrning samt renodlade ansvar och roller. Dessutom inleddes året med stora ekonomiska underskott för sjukhusstyrelserna³, vilket ansågs öka risken att intentionerna med den nya politiska organisationen inte får genomslag i önskad omfattning och takt. Om önskade effekter av den nya politiska organisationen uteblir eller försenas kan det medföra negativa konsekvenser för Västra Götalandsregionens invånare och deras tillgång till en god, jämlik och säker hälso- och sjukvård.

3.2 Syfte och revisionsfrågor

I den revisionsplan som revisorskollegiet fastställt för perioden 2023–2025⁴ anges den nya politiska organisationen som ett av de viktigaste områdena, och revisionen avser att följa detta under hela den perioden. För den granskning som genomförts under 2023 har syftet varit att bedöma om berörda nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet givits förutsättningar att

¹ Regionfullmäktige 2022-04-12, § 66, Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 (RS 2022–01294).

² Arbetsgruppen politisk organisation 2023–2026, 2023-01-23, PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen.

³ Västra Götalandsregionens fem sjukhusstyrelser redovisade under 2022 ett samlat underskott om drygt 770 miljoner kronor, och för perioden januari–november 2023 ett samlat underskott om drygt 2,5 miljarder kronor.

⁴ Revisionsplan 2023 med inriktning för 2024–2025, fastställd av revisorskollegiet 2023-02-08 (dnr REV 2022–00119).

genomföra sina uppdrag i enlighet med regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation. Granskningen ska besvara tre revisionsfrågor:

- Har regionfullmäktiges beslut om detaljutformning av Västra Götalandsregionens politiska organisation inom hälso- och sjukvårdsområdet verkställt?
- Har tidiga erfarenheter omhändertagits i form av en justerad organisation, exempelvis genom reviderade reglementen eller andra förtydliganden av berörda nämnders ansvar, roller och inbördes relationer?
- Har ansvar, roller och inbördes relationer mellan berörda nämnder tydliggjorts, i enlighet med regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation och eventuella justeringar under året?

3.3 Avgränsning

Granskningen har inbegripit aktiviteter under både 2022 och 2023, eventuella tidiga justeringar av organisationen under 2023, samt om berörda nämnder och styrelser givits förutsättningar att bedriva sina uppdrag i enlighet med regionfullmäktiges beslut.

De politiska organ som berörts på regiongemensam nivå är regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. För att ge ett exempel på samspelet mellan nivåerna i den nya politiska organisationen har granskningen även omfattat delregional nämnd östra.

I dokument från Västra Götalandsregionen som behandlar innevarande mandatperiod eller den period som den nya politiska organisationen avser, anges omväxlande 2022–2026 (perioden mellan de två valen), 2023–2026 (mandatperioden för nämnder och styrelse) och 2023–2027 (inkluderar revisorskollegiets mandatperiod till och med den 31 mars).

3.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I den här granskningen utgår vi från följande revisionskriterier:

- Kommunallag (2017:725)
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (dnr RS 2019–02491 för perioden 1 januari–30 juni; dnr RS 2022-03751 för perioden från 28 november)
- Budget 2023 samt plan för ekonomin år 2024–2025 för Västra Götalandsregionen (dnr RS 2022–06050)

- Regionfullmäktiges beslut Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027, 2022-04-12 § 66, inklusive yrkanden, reservationer och protokollsanteckningar (dnr RS 2022–01294)
- PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen, Arbetsgruppen politisk organisation 2023–2026, 2023-01-23
- Reglemente för regionstyrelsen, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för delregional nämnd östra, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag såsom utbudspunktsförändring, fastställd av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-22 (OSN 2023–01653)

3.5 Ansvariga nämnder och styrelser

Granskningen har omfattat

- regionstyrelsen
- strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden
- operativa hälso- och sjukvårdsnämnden
- delregional nämnd östra.

3.6 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys, intervjuer och dialogmöten med granskade nämnder (se Bilaga 1).

4 Resultatet av granskningen

Resultatet av granskningen redovisas per revisionsfråga (avsnitt 4.1–4.3), med en avslutande bedömning per fråga. I avsnitt 4.4 görs en sammanfattande bedömning med fokus på granskningens syfte.

4.1 Revisionsfråga 1 – om regionfullmäktiges beslut

Den första revisionsfrågan handlar om regionfullmäktiges beslut om detaljutformning av Västra Götalandsregionens politiska organisation inom hälso- och sjukvårdsområdet, och om det verkställts. Regionfullmäktiges beslut den 12 april 2022, Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027, bestod av åtta punkter. Av dessa har revisionen granskat de som berör hälso- och sjukvårdsområdet.

4.1.1 Regionfullmäktige fastställer ny politisk organisation

'Detaljutförning av Västra Götalandsregionens politiska organisation 2023 till 2027' är ett omfattande dokument, med övergripande resonemang kring tidigare organisationsutredningar och konkreta beskrivningar av enskilda nämnders uppgifter. Förslaget är framtaget av en politisk styrgrupp, berett av regionstyrelsen och fastställt av regionfullmäktige i april 2022 (se fotnot 1). Revisionen har i denna granskning behandlat de kapitel som rör hälso- och sjukvården.

Kapitel 2 – Politiska organisationsberedningen

Den politiska organisationsberedning som utsågs i januari 2019⁵ lämnade bland annat följande rekommendationer i sin rapport till regionfullmäktige i januari 2021⁶:

Övergripande – För att råda bot på känslan av *bristande politiskt inflytande* borde tumregeln vara att en nämnd har en förvaltning till sitt förfogande. Därtill borde det övervägas vem som har mandatet att anställa förvaltningschef.

Sjukvård – Två alternativ till den dåvarande lokalt baserade beställarutförarmodellen⁷ fördes fram. Det ena var att samla sjukvårdsansvaret och

⁵ Regionfullmäktige 2019-01-29, § 12, Uppgiftsbeskrivning och arbetsformer för regionfullmäktiges beredning för uppföljning av det politiska arbetet och den övergripande styrmodellen (RS 2018-03754).

⁶ Rapport Politisk styrning av Västra Götalandsregionen, 2021-01-05 (RS 2018-03754).

⁷ En beställar-utförarmodell går i korthet ut på en separation och arbetsuppdelning mellan en beställande och en utförande part i en organisation. Modellen utvecklades under 1980-talet som en yttring av new public management (se bland andra Britt-Marie Brinkmo, *Kan primärvård kontraktstyras?*, 2004).

beställning *jämte* regionstyrelsen med en beställarfunktion, det andra att samla motsvarande ansvar *under* regionstyrelsen i ett utskott eller en beredning.

I beredningens rapport diskuterades att Västra Götalandsregionen är en stor organisation, och det att fanns skäl att behålla uppdelningen av behovsbedömning (då: beställare) och utbudsanpassning (då: utförare). Nomenklaturen behövde förändras för att påvisa en vilja och ambition att lösa problem, och framför allt behövde en ny kultur etableras. Beredningen diskuterade ändå vidare om en modell med *beställare och utförare*. Fyra potentiella förslag värderades gentemot sex principer, och högst snittbetyg fick förslaget med *en* beställarfunktion.

Rapporten från den politiska organisationsberedningen skulle utgöra ett stöd för utformningen av förslag till politisk organisation under mandatperioden 2023–2026⁸, och revisionen konstaterar att mycket av det som diskuterades där återfanns i styrgruppens förslag och därmed i regionfullmäktiges slutliga beslut.

Kapitel 3 – Övergripande styrmodell

Regionstyrelsen utgör den regiongemensamma ägaren och utövar ägarskapet över samtliga verksamheter som drivs i egen regi. Dessutom har styrelsen det rättsliga ansvar som följer av kommunallagen när det gäller exempelvis uppsiktsplikt och beredning av ärenden inför behandling i fullmäktige.

Inom hälso- och sjukvårdsområdet upphör hälso- och sjukvårdsstyrelsen och de fem geografiskt indelade hälso- och sjukvårdsnämnderna, och ersätts med två nämnder på regiongemensam nivå och fem med samma geografiska indelning som tidigare men med ett annat mandat.

Strategisk hälso- och sjukvårdsnämnd

En strategisk hälso- och sjukvårdsnämnd inrättas för att stärka fokus på långsiktighet och möjliggöra tydligare uppföljning av hur området utvecklas på längre sikt, utan att operativa och kortsiktiga frågor ska tränga ut det strategiska arbetet. Nämnden blir Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårds-politiska organ och systemansvarig för den regionfinansierade hälso- och sjukvården, med de huvudsakliga uppgifterna att

- ta fram den regionala hälso- och sjukvårdsstrategin, vars tidsspann bör omfatta kommande 10 år. Strategin ska ligga till grund för den konkreta utformningen av uppdrag och resurser till berörda utförare och för investeringsprocessen på regionstyrelsenivå
- ta fram en regional strategi för folkhälsoarbetet som grund för det lokala folkhälsoarbetet som ska bedrivas av de delregionala nämnderna

⁸ Regionstyrelsen 2021-01-26, § 22, Styrgrupp för detaljutformningen av den politiska organisationen för mandatperioden 2023–2026 (RS 2020–07633).

- utforma förslag till vårdval och Krav- och kvalitetsbok
- driva övriga frågor kopplade till uppgiften som systemansvarig.

Regional hälso- och sjukvårdsstrategi

I dokumentet beskrivs hur nämnden i sitt arbete med att ta fram en regional hälso- och sjukvårdsstrategi ska nominera teman för *diskussion i regionfullmäktige*, där synpunkter ska vägleda nämnden i utformningen av strategin. En av de tidiga uppgifterna är att fastställa nämndens arbete med strategin under mandatperioden.

Dessutom tydliggörs att strategier ska utformas så att de är ledande i det operativa arbetet, och därmed ges strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden det övergripande ansvaret att fastställa sjukvårdens utbud och lokalisering – *vårdutbudsstrukturen*.

Behovet av och efterfrågan på en heltäckande hälso- och sjukvårdsstrategi bekräftas av i stort sett samtliga intervjuade. En parallell dras till Region Stockholm, som under en tid arbetat efter en strategi mot 2023 och nyligen genomfört utredningen 'Hälso- och sjukvården 2040'. Flera intervjuade hade föredragit att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden inrättats *interimistiskt under 2022* eller till och med tidigare, för att kunna förbereda detta centrala arbete/dokument och undvika den osäkerhet som flera nu menar har uppstått. Det finns också en undran hur strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden ska kunna bedöma om en fråga är av strategisk karaktär och om förslag ligger i linje med gällande strategiska planer, när det vid tiden för intervjuerna inte fanns några sådana planer. *Omställningsstrategin* uppfattas som en viktig del i den strategiska styrningen, men inte som heltäckande och inte som tillräckligt handfast för att hänga upp ett sådant arbete på.

Det går inte att utläsa av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens handlingar att nämnden har fastställt eller diskuterat hur arbetet med en hälso- och sjukvårdsstrategi ska läggas upp under mandatperioden. Nämnden har kommit in på frågan i två olika svar till utförarstyrelser i juni⁹, och bland annat skrivit följande:

'Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att verka för att invånarnas behov av hälso- och sjukvård och möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt i hela Västra Götaland och utifrån det forma hälso- och sjukvårdssystemets strukturer, funktionssätt och långsiktig utveckling. Därför behöver nämnden på sikt överväga komplettering av strategi för omställningen med heltäckande plan för hälso- och sjukvården, inkluderande framtida dimensionering, funktioner och lokalisering för långsiktig hantering av frågan.'

⁹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-22, § 72, Svar på skrivelse från styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus om driftsättning av Skene närsjukhus (SSN 2023-00460) samt § 71, Svar på skrivelse från styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset om Närakuten Östra sjukhuset – fortsatt drift och finansiering (SSN 2023-00460).

I de få beslut nämnden hittills fattat kring utbudspunktsförändringar har bedömningar gjorts gentemot just omställningsstrategin och dokumentet 'Hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götaland' som regionstyrelsen fastställde i april 2021.¹⁰

I samband med att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 juni godkände Koncernkontorets inventering av måldokument, strategier och planer inom hälso- och sjukvårdsområdet¹¹, ställde sig nämnden bakom förvaltningens förslag till inriktning för det fortsatta arbetet med strategier och planer:

- Befintliga planer och kommande initiativ bör tydligare relatera till och inkluderas i strategi för omställningen av hälso- och sjukvården samt genomförandeplanen.
- Fokus för det fortsatta arbetet bör vara genomförande av strategi för omställningen. Återhållsamhet med att ta fram nya planer och strategier är viktigt.
- Överväg komplettering av strategi för omställningen med heltäckande plan för hälso- och sjukvården, inkluderande framtida dimensionering, funktioner och lokalisering.

Av revisionens intervjuer framgår att den granskade perioden för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har handlat mycket om att etablera strukturer och sortera de frågor som tidigare låg hos hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Man räknar med att ta större utvecklingssteg om ett till två år, men tioårs-perspektivet dröjer förmodligen. Förvaltningens fokus ligger just nu på den andra punkten i listan ovan, med genomförande av omställningsstrategin och inte minst utveckling av den så kallade genomförandeplanen.

I samband med att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i juni ställde sig bakom Koncernkontorets förslag till inriktning för det fortsatta arbetet med strategier och planer, fick hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att återkomma med förslag på struktur och process för detta arbete. Inför nämndens sammanträde den 7 december presenterade direktören ett sådant förslag, där de huvudsakliga temana var att inkludering av nya initiativ och återhållsamhet med nya planer behöver prövas utifrån principen 'omställningen först', och att strategin för omställningen inklusive genomförandeplanen är den överordnade inriktningen för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden tog inte explicit ställning till förslaget, utan noterade informationen. Utöver detta beslutade nämnden bland annat att

¹⁰ Regionstyrelsen 2021-04-20, § 111, Hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götaland (RS 2021-01348).

¹¹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-22, § 69, Inventering av måldokument, strategier och planer för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (SSN 2023-00400).

ge hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att påbörja arbetet med förstärkning av genomförandet av omställningen.¹²

I ett annat ärende vid samma sammanträde beslutade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att ge hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att till sammanträdet den 29 februari 2024 redovisa bakgrund och beskriva nuläge inom de områden som behöver tas om hand på kortare sikt i arbetet med en förstärkning av genomförandet av omställningen.¹³ Av tjänsteutlåtandet framgick att detta handlar om operativa hälso- och sjukvårdsnämndens möjligheter att utföra en av sina uppgifter enligt reglementet – att realisera och konkretisera måldokument och strategiska planer från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i bland annat uppdrag till utförare i egen regi och avtal med externa vårdgivare. Som exempel nämns i tjänsteutlåtandet närsjukhus, närakuter och mobila team.

Operativ hälso- och sjukvårdsnämnd

Den andra regiongemensamma nämnden är en operativ hälso- och sjukvårdsnämnd som ska omsätta den regionala hälso- och sjukvårdsstrategin i praktiken genom att fördela uppdrag till utförarstyrelser. Nämndens huvudsakliga uppgifter är bland annat att

- omsätta Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsstrategi i praktik genom att bryta ner den i kortare perspektiv och sekvensera genomförande under innevarande mandatperiod
- besluta om och fördela medel och uppdrag till interna och externa utförare
- följa upp utfallet av den nedbrutna strategin för att säkerställa att verksamheten drivs i önskad riktning
- förhandla, teckna och följa upp avtal med verksamheter i egen regi, inom vårdval utifrån fastställd Krav- och kvalitetsbok, och med externa vårdgivare.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit över ansvaret för de vårdöverenskommelser och ett tusental avtal som de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsstyrelsen tecknade med regionens utförarstyrelser och externa vårdgivare för perioden 2022–2023. En central uppgift för nämnden är att från 2024 fördela uppdrag inklusive medel till samma styrelser, med utgångspunkt i bland annat den hälso- och sjukvårdsstrategi som diskuterats ovan. Enligt nämndens reglemente ska uppdragen i normalfallet vara fleråriga för att skapa långsiktiga planeringsförutsättningar för utförarverksamheten.

¹² Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-12-07, § 181, Struktur och process för nämndens arbete med strategiska planer (RS 2023-00400).

¹³ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-12-07, § 182, Förstärkt genomförande av omställningen på kort sikt (RS 2023-00798).

Arbetet med uppdrag för perioden från 2024 påbörjades enligt genomförda intervjuer tidigt under 2023, i en förvaltningsorganisation som också förändrades vid årsskiftet. Enligt nämndens handlingar har utgångspunkten varit att sammanföra tidigare överenskommelser och ersättningar i ett samlat uppdrag till respektive utförarstyrelse.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde den 27 september ettåriga uppdrag för 2024 till styrelserna för Folktandvården, Regionhälsan, Habilitering & Hälsa, NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt Sjukhusen i väster.¹⁴ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har även fastställt Krav- och kvalitetsbok för vårdval vårdcentral respektive vårdval rehab¹⁵, och fattat beslut om att genomföra fem upphandlingar.

Revisionen noterar att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till sex av utförarstyrelserna (sjukhusen och Regionhälsan) samt beslut om Krav- och kvalitetsböcker avgjorts genom omröstning, och att nämnden i samtliga fall bifallit yrkande från oppositionen genom andre vice ordförande.

Delregionala nämnder

För att bevara det lokala perspektivet inrättas fem delregionala nämnder, med samma geografiska indelning som de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna – Göteborg, norra, södra, västra och östra. En central uppgift för de delregionala nämnderna är att föra *dialog* med kommuner och lokala intressenter främst avseende uppföljning av hälso- och sjukvård, men även kunna hantera andra områden inom den regionala kompetensen när så är påkallat. Därtill ska de delregionala nämnderna driva lokalt förebyggande och främjande *folkhälsoarbete* samt operativa frågor som tidigare hanterats av beredningen för mänskliga rättigheter.

I revisionens granskning av den nya politiska organisationen under 2023 har delregional nämnd östra ingått. Av såväl dokumentstudier som genomförda intervjuer framgår att nämnden inrättats och kommit i gång med sitt arbete i enlighet med regionfullmäktiges beslut. Företrädare för både denna och andra nämnder inom hälso- och sjukvårdsområdet lyfter fram otydligheter när det gäller ansvar, roller och inbördes relationer mellan de sju nu genomgångna nämnderna, vilket analyseras ytterligare i kommande avsnitt.

¹⁴ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-27, §§ 251–258 (OSN 2023–01962, 01963, 01965, 01969, 01970, 02118, 02119).

¹⁵ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-27, §§ 259–260, Krav- och kvalitetsbok vårdval vårdcentral 2024 (OSN 2023–00308) samt Krav- och kvalitetsbok vårdval rehab 2024 (OSN 2023–00424).

Utförarstyrelser

På utförarsidan inom hälso- och sjukvårdsområdet görs inga organisatoriska förändringar. Nio utförarstyrelser fortsätter att bedriva verksamhet i egen regi, och som beskrivs senare i denna rapport är ledamöter utsedda och reglementen fastställda. Den tydligaste skillnaden för utförarstyrelserna i den nya organisationen är att de *tilldelas uppdrag* från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, i stället för att teckna vårdöverenskommelser med en, två eller upp till alla fem hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Kapitel 7 – regionstyrelsen

Regionstyrelsens uppgift är att utöva den övergripande verkställande politiska styrningen av Västra Götalandsregionen. Styrelsen är beredningsorgan åt regionfullmäktige och har till uppgift att utöva uppsikt och samordning av regionens samlade verksamheter.

Utskott

I regionstyrelsens nya reglemente nämns tre utskott – ägarutskott, personalutskott och hållbarhetsutskott – och den 25 oktober 2022 utsåg regionstyrelsen ledamöter till dessa.¹⁶

Beredningar

I regionstyrelsens reglemente har regionfullmäktige också fastställt att följande fem beredningar ska utses eller inrättas, och att styrelsen därutöver får tillsätta de beredningar som behövs:

- en beredning för genomgång av ärenden och aktuella frågor till styrelsen
- en beredning för hållbar utveckling
- en beredning för sammanhållen hälso- och sjukvård
- en digitaliseringsberedning
- en beredning för mänskliga rättigheter

Av beslutet om ny politisk organisation framgår även att regionstyrelsen behöver ta ställning till behovet av särskilda beredningar inom forskning och utveckling samt externa relationer.

Beredningen för hållbar utveckling och beredningen för mänskliga rättigheter är i gång och verkar i enlighet med både regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation och regionstyrelsens reglemente.

¹⁶ Regionstyrelsen 2022-10-25, §§ 312–314, Val av ledamöter och ersättare till ägarutskottet, personalutskottet och hållbarhetsutskottet (RS 2022-04749).

Däremot har *beredningen för sammanhållen hälso- och sjukvård* inte inrättats, och enligt genomförda intervjuer har den aktuella dialogen med kommunerna via Västkom avbrutits. Det politiska samrådsorganet SRO, en gruppering för att hantera samverkans- och ansvarsfrågor mellan Västra Götalandsregionen och länets kommuner, finns dock kvar.

När det gäller *digitaliseringsberedningen* har den av publicerade handlingar att döma inte genomfört sina två sista planerade sammanträden i november och december 2022, och inte förlängts eller inrättats för innevarande mandatperiod.

I regionstyrelsens delårsrapport per april¹⁷ och delårsrapport per augusti¹⁸ redovisade regionstyrelsen fyra beredningar, det vill säga även den för sammanhållen hälso- och sjukvård och digitaliseringsberedningen. I aprilrapporten anges i ett annat avsnitt att 'mänskliga rättigheter' och 'hållbar utveckling' är de två aktiva beredningarna, medan det i augustirapporten är dessa två som nämns i samband med ekonomiska anslag. Även i Detaljbudget 2024¹⁹ nämner regionstyrelsen alla fyra beredningarna.

Vid sammanträdet den 13 december 2022 godkände den nytilträdde regionstyrelsen en redovisning från dåvarande beredningen för externa relationer²⁰ med erfarenheter från mandatperioden, en konsekvensbeskrivning av att beredningen utgår i den nya politiska organisationen samt rekommendationer till styrelsen hur man kan styra det internationella arbetet i framtiden.

Revisionen kan inte finna att regionstyrelsen tagit ställning till behovet av en särskild beredning inom forskning och utveckling.

Kapitel 10 – hälso- och sjukvård

I detta kapitel fördjupas resonemang kring, och beskrivningar av politiska organ inom hälso- och sjukvårdsområdet. Revisionen har tagit hänsyn till dessa fördjupningar ovan.

¹⁷ Regionstyrelsen 2023-06-16, § 111, Delårsrapport per april 2023 för regionstyrelsen (RS 2023-02497).

¹⁸ Regionstyrelsen 2023-09-19, § 180, Delårsrapport för regionstyrelsen augusti 2023 (RS 2023-04369).

¹⁹ Regionstyrelsen 2023-11-21, § 247, Regionstyrelsens detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 (RS 2023-05054).

²⁰ Regionstyrelsen 2022-12-12, § 368, Återrapportering av uppdrag att sammanfatta erfarenheterna för Beredningen för externa relationer, mm (RS 2022-04918).

Kapitel 11 – förändrad organisation och ansvarsfördelning inom serviceverksamhet och fastighet

Utöver förändringar i organisationen kring serviceverksamhet och fastighet, behandlas samspelet mellan den politiska organisationen och förvaltningsorganisationen. En konkret fråga är att den förvaltningsorganisation som ger stöd till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden ska vara åtskild från den operativa hälso- och sjukvårdsnämndens och Koncernkontorets övriga förvaltning. På samma sätt ska de delregionala nämnderna ha en egen förvaltning eller ett särskilt tjänstepersonstöd.

Under den granskade perioden visar både dokumentstudier och genomförda intervjuer att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden fått sitt primära stöd från koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling, där stabschefen (hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör) också är ansvarig tjänsteperson för nämnden. På motsvarande sätt har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fått sitt primära stöd från koncernstab för uppdrag och produktion av hälso- och sjukvård, där stabschefen (hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektör) är ansvarig tjänsteperson för nämnden. De medarbetare som fått uppdrag som ansvariga tjänstepersoner för de delregionala nämnderna är anställda vid en avdelning inom koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling.

Däremot framgår det tydligt i dokumentgranskningen och framför allt i genomförda intervjuer, att det inte varit vattentäta skott mellan staberna och att ambitionen tvärt om varit att samverka för ett effektivt stöd till nämnderna.

4.1.2 Ledamöter, ersättare i nämnder, styrelser och bolag

Till regionfullmäktiges beslutsdokument fogades en bilaga där samtliga nämnder, styrelser och bolag för både den senaste och den kommande mandatperioden listades, med angivande av antal ledamöter, ersättare och presidieutformning. I förteckningen fanns noteringar om vilka organ som skulle upphöra från och med 2023, och översiktligt hur deras uppgifter skulle fördelas på befintliga och nya organ.

Av sammanställningen framgick att antalet förtroendeuppdrag i Västra Götalandsregionens nämnder, styrelser och bolag inför mandatperioden 2023–2026 minskade med 14, från 1 065 till 1 051.

Den 29 november 2022 utsåg regionfullmäktige ledamöter och ersättare i samtliga nämnder, styrelser och bolag²¹ i enlighet med beslutet i april, med en mindre komplettering den 14 februari 2023.²²

²¹ Regionfullmäktige 2022-11-29, § 254, Valberedningens förslag till val mandatperioden 2023–2026 (RS 2022-05249).

²² Regionfullmäktige 2022-02-14, § 33, Ledamöter och ordförande i styrelsen för Regionteater Väst AB (RS 2019–08192).

4.1.3 Reglementen för berörda nämnder och styrelser

Regionstyrelsen presenterade i mitten av oktober 2022 förslag till reglementen för samtliga nämnder och styrelser som berör hälso- och sjukvårdsområdet²³, och den 29 november 2022 fastställde regionfullmäktige dessa.

4.1.4 Regionstyrelsens uppdrag till styrelser och nämnder samt åtgärder i övrigt för att förbereda ny politisk organisation

Åtgärder från regionstyrelsen

Regionstyrelsen fattade de första besluten med anledning av den nya politiska organisationen den 29 mars 2022, då under förutsättning av fullmäktiges väntade beslut två veckor senare. Efter detta har revisionen noterat ett tjugotal beslut i styrelsen i syfte att förbereda så den politiska organisationen inom hälso- och sjukvårdsområdet kunde träda i kraft den 1 januari 2023. Som exempel kan nämnas uppdrag om anpassning av styrande dokument, hantering av allmänna handlingar och tillsättning av en politisk arbetsgrupp för fortsatt arbete med införandet av den nya organisationen.

Ansvariga tjänstepersoner

Beslutanderätt och krav på samråd

Det reglemente som gällde 2019–2022, fastställt av regionfullmäktige den 10 juni 2019²⁴, gav regionstyrelsen rätt att utse regiondirektör och övriga förvaltningschefer. Däremot nämndes inget om uppgiften att utse ansvariga tjänstemän (tidigare benämning) eller ansvariga tjänstepersoner.

Av den delegeringsordning regionstyrelsen fastställde den 15 oktober 2019 och som kompletterats vid flera tillfällen – senast den 13 december 2022²⁵ – framgick dock att regiondirektören, utan möjlighet till vidaredelegering, fick utse ansvariga tjänstemän för de nämnder som fick sitt tjänstepersonstöd från Koncernkontoret.

I den instruktion till regiondirektören 2019–2022 som regionstyrelsen fastställde den 5 februari 2019²⁶, framgick att regiondirektören skulle utse ansvariga tjänstepersoner, och i det förslag till instruktion för dessa som

²³ Regionstyrelsen 2022-10-18, § 275, Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 (RS 2022-04095).

²⁴ Regionfullmäktige 2019-06-10, § 138, Reglementen för nämnder och styrelser 2019–2022 (RS 2018-03535).

²⁵ Regionfullmäktige 2022-12-13, § 365, Ändring av delegationsordningen för rätten att teckna kollektivavtal (RS 2019-01175).

²⁶ Regionstyrelsen 2019-02-05, § 37, Instruktion till regiondirektör och förvaltningschef 2019–2022 (RS 2019-00114).

regionstyrelsen rekommenderade att respektive nämnd skulle fastställa, angavs att det skulle ske *efter samråd med presidierna för berörd nämnd*.

Den 29 november 2022 fastställde regionfullmäktige nytt reglemente för regionstyrelsen. I det framgår att regionstyrelsen utser ansvarig tjänsteperson efter samråd med berörda nämnder och styrelser. När beslutanderätten genom fastställande av delegeringsordning den 25 april 2023 delegerades till regiondirektören²⁷, saknades dock villkoret om samråd.

Den 21 februari 2023 fastställde regionstyrelsen ny instruktion till regiondirektören, för mandatperioden 2023–2026²⁸. Här förtydligades att den delegerade rätten att utse ansvariga tjänstepersoner villkoras med att beslutet ska föregås av samråd med berörda nämnder.

Beslut om ansvariga tjänstepersoner

Efter regionfullmäktiges beslut i april 2022 om ny politisk organisation har regiondirektören utsett ansvariga tjänstepersoner för följande organ:

den 22 december 2022: strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, de fem delregionala nämnderna, miljö- och regionutvecklingsnämnden, kulturnämnden, infrastruktur- och kollektivtrafiknämnden, beredningen för mänskliga rättigheter samt beredningen för hållbar utveckling

den 10 maj 2023: beredningen för psykisk hälsa

den 9 augusti 2023: beredningen för nära vård

den 21 augusti 2023: delregional nämnd norra

Det framgår av samtliga beslutshandlingar att regiondirektören ska utse ansvarig tjänsteperson *efter samråd* med berörd nämnd, styrelse eller beredning. Enligt uppgift från regiondirektörens ledningsstöd har samråd genomförts inför de beslut som fattats under 2023, men av handlingarna framgår inte om och i så fall hur ett sådant samråd skett inför respektive beslut.

Kravet på samråd inför utnämning av ansvarig tjänsteperson kan ses i ljuset av den tidigare organisationsberedningens rekommendation att överväga en organisation med en förvaltning per nämnd och vem som anställer förvaltningschef. I den beslutade organisationen är Koncernkontoret fortfarande en gemensam förvaltning för regionstyrelsen och ett stort antal

²⁷ Regionstyrelsen 2023-04-25, § 85, Delegeringsordning för regionstyrelsen (RS 2023–01544).

²⁸ Regionstyrelsen 2023-02-21, § 37, Instruktion för regiondirektör i Västra Götalandsregionen (RS 2022–06090).

nämnder, och ett sätt att bibehålla ett politiskt inflytande som efterfrågas i tidigare utredningar är just kravet på samråd.

Merparten av regiondirektörens beslut om ansvarig tjänsteperson fattades den 22 december 2022, en dryg vecka innan de nyinrättade nämnderna tillträdde den 1 januari 2023, vilket omöjliggjorde samråd inför utnämningarna.

Däremot var regionstyrelsens två beredningar aktiva före årsskiftet, och där kunde samråd skett. Detsamma gäller de tre beslut regiondirektören fattat under 2023 – i två fall har ansvarig tjänsteperson utsetts till beredningar efter att de inrättats och ledamöter utsetts, och i det tredje fallet utsågs en ny ansvarig tjänsteperson till en existerande delregional nämnd.

4.1.5 Detaljbudgetar 2023 för nämnder och styrelser som berörs av ny politisk organisation

Den 29 mars 2022 gav regionstyrelsen (under förutsättning av regionfullmäktiges beslut den 12 april) regiondirektören i uppdrag att återkomma till styrgruppen med förslag till hantering av detaljbudgetar för berörda nämnder och styrelser med anledning av ny politisk organisation. Regiongemensamma riktlinjer för detaljbudget 2023 och 2024 samt inriktning 2025 fastställdes den 28 juni samma år²⁹, och den 28 juni kompletterades dessa med en regiongemensam rutin för detaljbudget 2023³⁰.

4.1.6 Revisionens bedömning

Revisionens samlade bedömning inom ramen för den första revisionsfrågan är att *regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation inom hälso- och sjukvårdsområdet till stora och väsentliga delar har verkställts*.

Ledamöter, ersättare och presidier var utsedda och reglementen fastställda i tid, och förfarandet för detaljbudget 2023 var omhändertaget. Revisionen bedömer också att regionstyrelsen beslutat om uppdrag till nämnder och styrelser samt vidtagit erforderliga åtgärder i övrigt.

Revisionen bedömer dock att *regionstyrelsen inte* har inrättat alla beredningar enligt sitt reglemente, och inte återkopplat detta till regionfullmäktige. Styrelsen har inte heller dokumenterat något ställningstagande till behovet av en särskild beredning inom forskning och utveckling, och revisionen uppfattar hanteringen av motsvarande för externa relationer som ett otydligt ställningstagande.

²⁹ Regionstyrelsen 2022-06-28, § 185, Riktlinjer för detaljbudget 2023 (RS 2022-02499).

³⁰ Ekonomidirektör 2022-06-28, Regiongemensam rutin för detaljbudget 2023 (RS 2022-02499).

Enligt revisionens bedömning har regionstyrelsen inte heller agerat i tillräcklig utsträckning för att tillse att den nya politiska organisationen inom hälso- och sjukvårdsområdet ska fungera enligt regionfullmäktiges intentioner. Detta gäller inte minst strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens val att inte ta fram eller planera framtagandet av en heltäckande tioårig hälso- och sjukvårdsstrategi, vilket enligt regionfullmäktiges beslut skulle ske bland annat med stöd av tematiska diskussioner i fullmäktige. En sådan strategi är enligt revisionens bedömning en så central del av det nya systemet för styrning och ledning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen, att regionstyrelsen i sin övergripande ägar- och styrfunktion och i rollen som beredningsorgan åt regionfullmäktige borde ha uppmärksammat avsteget och agerat under året.

Revisionen bedömer att *strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden inte fullt ut* har agerat i enlighet med de uppgifter nämnden tilldelats genom regionfullmäktiges beslut om ny organisation. Nämnden har inte fattat några beslut om hur arbetet med en heltäckande hälso- och sjukvårdsstrategi ska se ut under mandatperioden, trots att nämnden i skrivelser konstaterat att strategin för omställning inte är heltäckande för hälso- och sjukvårdsområdet.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har inte heller fattat några explicita beslut om att inte genomföra detta arbete. Av tjänsteutlåtande inför nämndens sammanträde i december framgick Koncernkontorets uppfattning att en föreslagen förstärkning av genomförandet av omställningen omhändertar nämndens ansvar enligt reglementet att ta fram måldokument och strategiska planer för den övergripande och långsiktiga inriktningen inom hälso- och sjukvården. Genom att förstärkningen ska ta sikte på år 2040 ansåg Koncernkontoret att arbetet också omhändertar uppdraget i regionfullmäktiges beslut från april 2022 om att ta fram en heltäckande hälso- och sjukvårdsstrategi för de kommande tio åren. Detta var information som strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden noterade men inte explicit tog ställning till, utan fokuserade beslutsfattandet på genomförandet av omställningen.

Regionfullmäktiges strategi för omställningen och strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens genomförandeplan sträcker sig över femårsperioden 2023–2027. Enligt revisionens dokumentgranskning är tjänsteutlåtandet till nämnden i december första gången som ett årtal utanför den perioden nämns, utöver genomförandeplanens 'Vision 2028'. Koncernkontoret avser 'att med kvantitativa beräkningar, alternativa scenarier och simuleringar beskriva hur utbud och leverans av sjukvård i Västra Götalandsregionen kan komma att förändras fram till 2040'.

Revisionen uppfattar strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens hantering av en heltäckande, långsiktig hälso- och sjukvårdsstrategi som ett avsteg från regionfullmäktiges intention i beslutet om ny politisk organisation som *tydligt borde återkopplats till fullmäktige*.

Revisionen bedömer att innebörden av att vara det ledande hälso- och sjukvårds-politiska organet inte tydliggjorts i tillräcklig utsträckning i exempelvis reglemen-tet. Revisionen bedömer dock att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden inte tagit de initiativ som kan förväntas av det ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organet enligt regionfullmäktiges beslut om ny organisation och reglemente.

Revisionen bedömer att *operativa hälso- och sjukvårdsnämnden* under den granskade perioden fattat beslut om uppdrag och avtal i enlighet med de huvudsakliga uppgifter nämnden tilldelades genom regionfullmäktiges beslut i april 2022.

Vidare bedömer revisionen att *delregional nämnd östra* agerat i enlighet med de uppgifter nämnden tilldelats genom regionfullmäktiges beslut, men att det råder oklarheter kring både nämndens reglemente och relationen mellan nämnden och framför allt de två hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Avslutningsvis är revisionens bedömning att stabsorganisationen skapats i enlighet med den politiska ambitionen om att organisatoriskt skilja stödet till de två hälso- och sjukvårdsnämnderna. I flera intervjuer används uttrycket '*att freda stödet*' till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna, efter-som bedömningen varit att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden skulle komma att efterfråga stora administrativa resurser. Revisionen bedömer också att de berörda staberna i praktiken valt att samarbeta för att nyttja resurserna effektivt.

4.2 Revisionsfråga 2 – om tidiga erfarenheter

Den andra revisionsfrågan handlar om erfarenheter av den nya organisationen och hur de eventuellt har omhändertagits i form av justeringar i organisation, reviderade reglementen eller andra förtydliganden.

Granskad dokumentation och genomförda intervjuer ger en samstämmig bild av att förändringarna av den politiska organisationen var så omfattande, och sammanföll med omorganisation och personell neddragning på Koncernkontoret, att organisa-tionen inte kunde förväntas fungera enligt regionfullmäktiges intentioner direkt. Därmed ställdes höga krav på att ansvariga politiska organ agerade snabbt, kraftfullt och i den riktning som fullmäktige avsett med sina beslut.

När nämnder och styrelser haft synpunkter eller förslag kring den nya organisationen visar genomförda intervjuer att detta har tagits upp i dialoger i olika konstellationer mellan regionstyrelsen/ägarutskottet, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, de delregionala nämnderna och utförar-styrelserna – men frågorna har också lyfts till den politiska arbetsgrupp som regionstyrelsen utsett för att följa utvecklingen.

Revisionen har valt ut *tre åtgärder* för att justera organisationen eller på andra sätt tydliggöra berörda nämnders ansvar, roller och inbördes relationer. Den *första* åtgärden är ett PM från den politiska arbetsgruppen i januari, den *andra* är en process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag i mars, och den *tredje* är den utvärdering av reglementena som regionfullmäktige beslutade om när de fastställdes i november 2022 och som pågår när denna rapport sammanställs.

Revisionen har också uppmärksammat en brist på åtgärd som i stället bidragit till ökad otydlighet och osäkerhet i organisationen, då regionstyrelsen valt att inte hantera frågan om styrdokument som 'Policy Styrning i Västra Götalandsregionen' och en rad andra när giltighetstiden löpt ut.

Under den granskade perioden har inga beslut eller åtgärder för att tydliggöra ansvar, roller och inbördes relationer bedömts vara av principiell karaktär och därigenom lyfts till regionfullmäktige.

4.2.1 PM från den politiska arbetsgruppen

Arbetsgruppens uppdrag och mandat

I januari 2021 tillsatte regionstyrelsen en *styrgrupp* för detaljutformning av den politiska organisationen 2023–2026³¹, som fick stöd av en arbetsgrupp med en politisk sekreterare från varje parti. I september gav regionstyrelsen den *politiska arbetsgruppen*, som därtills framför allt varit beredningsgrupp för styrgruppen, i uppdrag att även utgöra regionstyrelsens utbildningsgrupp som skulle detaljplanera och genomföra föreslagna utbildningar samt besluta om justeringar i utbildningsplanen.³²

När regionstyrelsen den 18 oktober 2022 avslutade den politiska styrgruppens uppdrag³³, gavs i stället den politiska arbetsgruppen ytterligare formella uppdrag genom att den skulle

- *utvärdera* tillämpningen av reglementen och återkomma med eventuella förslag till justeringar
- *följa* arbetet med uppgiftsbeskrivningar för utskott och beredningar
- *följa* arbetet med instruktioner för regiondirektör, förvaltningschefer och ansvariga tjänstepersoner

³¹ Regionstyrelsen 2021-01-26, § 22, Styrgrupp för detaljutformning av den politiska organisationen för mandatperioden 2023–2026 (RS 2020–07663).

³² Regionstyrelsen 2022-09-20, § 264, Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2022–2026 (RS 2022–02175).

³³ Regionstyrelsen 2022-10-18, § 298, Avrapportering av uppdrag i samband med beslut om ny politisk organisation (RS 2022–04547). Styrelsen noterade informationen och avslutade uppdraget till den politiska styrgruppen. I Troman är dock gruppen fortfarande registrerad.

- *följa* arbetet med utformning av styrning och ledning med anledning av den nya politiska organisationen.

Under de fortsatta överläggningarna konstaterade arbetsgruppen att den, med det utökade mandatet, borde inrättas formellt och den 15 november tillsatte regionstyrelsen 'en politisk arbetsgrupp för fortsatt arbete med införande av ny politisk organisation'.³⁴ Arbetsgruppen fick samma uppdrag som den mer informella gruppen fått en månad tidigare, och kompletterades med den tidigare 'regeltolkningsgruppens' uppdrag och mandat.

I samband med att regionfullmäktige den 29 november 2022 fastställde reglementen för nämnder och styrelser i den nya politiska organisationen gav fullmäktige regionstyrelsen i uppdrag att efter utvärdering återkomma till regionfullmäktige med eventuella *förslag till justeringar av reglementen*, det vill säga ett av de uppdrag regionstyrelsen redan gett den politiska arbetsgruppen.

I beslutet angavs inte tydligt vad regeltolkningsgruppens uppdrag och mandat innebar, men gruppen inrättades 2002 för att hantera regler och former för *förtroendevaldas och partikansliernas arbete* – ett relativt smalt tolkningsuppdrag. Genom åren har regeltolkningsgruppen nämnts med ojämna mellanrum i politiska handlingar, och där har framgått att gruppen ska 'förtydliga rutinerna för förtroendevalda'.

När arbetsgruppen i februari 2023 presenterade sitt PM om politisk styrning (se nedan) beskrev gruppen själv att 'regionstyrelsen tillsatt en arbetsgrupp för att hantera eventuella tolkningsfrågor, genomföra uppföljning och vara stöd till tjänstepersoner i frågor som rör den nya politiska organisationen'.

Ovanstående ska dock jämföras med det mandat gruppen faktiskt fått av regionstyrelsen, nämligen att *utvärdera* tillämpningen av reglementen och återkomma med eventuella förslag till justeringar, *följa* arbetet med uppgiftsbeskrivningar för utskott och beredningar, *följa* arbetet med instruktioner för regiondirektör, förvaltningschefer och ansvariga tjänstepersoner, *följa* arbetet med utformning av styrning och ledning med anledning av den nya politiska organisationen samt *hantera* regler och former för förtroendevaldas och partikansliers arbete.

PM som benämning på styrande dokument

Revisionen konstaterar att den politiska arbetsgruppen har fått stort inflytande över utvecklingen av framför allt hälso- och sjukvårdsdelen av den politiska organisationen under 2023, och att det också varit och är regionstyrelsens intention. Det refereras ofta till arbetsgruppen inom organisationen, och som

³⁴ Regionstyrelsen 2022-11-15, § 329, Uppdrag och sammansättning av politisk arbetsgrupp för fortsatt arbete med införande av ny politisk organisation (RS 2022-05070).

exempel kan nämnas hur flera intervjuade lyfter hur gruppen varit och är bärare av kulturen och tre års intensivt planerings- och förberedelsearbete.

Utöver den muntliga vägledning och rådgivning som gruppen gett publicerades redan den 23 januari *'PM om politisk styrning i Västra Götalandsregionen'*, med underrubriken Övergripande principer och inriktning för politiska organs inbördes relationer och huvuduppgifter i den interna styrningen av hälso- och sjukvården, som togs upp vid regionstyrelsens sammanträde den 21 februari.³⁵ Där angavs att dokumentet syftade till att ge utgångspunkter och underlag för fortsatt arbete med att forma ett nytt sätt att politiskt styra Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Dokumentet var en sammanställning av resonemang som arbetsgruppen förankrat i sina respektive partier och var överens om.

När regionstyrelsen behandlade dokumentet i februari konstaterade styrelsen att det skulle uppdateras löpande av arbetsgruppen, men några sådana uppdateringar har inte presenterats under den granskade perioden. Vid intervju med arbetsgruppens presidium i slutet av augusti framkom att gruppen inte planerade någon uppdatering, men att man arbetade med ett motsvarande dokument kring *ägarstyrning* och *ägarens roll och ambition*. I slutet av september färdigställde arbetsgruppen ett sådant, också det med benämningen PM, och informationen om detta noterades vid regionstyrelsens sammanträde den 21 november.³⁶

Revisionen konstaterar att enligt gällande regional rutin, Sammanhållen struktur för styrande dokument, är PM en benämning som ska undvikas för styrande dokument, för att undvika missförstånd.

4.2.2 Process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag, såsom utbudspunktsförändring

Samråd vid förändringar

Under hösten 2021 tecknade de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna vårdöverenskommelser med åtta utförarstyrelser för perioden 2022–2023. I samtliga överenskommelser³⁷ anges på två ställen att samråd ska ske mellan parterna vid 'förändringar av utbudspunkter och utbud' respektive vid 'förändringar av lokalisering'. I det ena fallet hänvisas enbart till hälso- och sjukvårdsnämndernas reglementen, i det andra till båda parternas – och i båda fallen till Riktlinje Samråd mellan nämnder och styrelser. Riktlinjen fastställdes av regionstyrelsen

³⁵ Regionstyrelsen 2023-02-21, § 43, Övergripande politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (RS 2023-00625).

³⁶ Regionstyrelsen 2023-11-21, § 258, Ägarambition och ägarstyrning (RS 2023-04969).

³⁷ Exempel: södra hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-10-01, § 120, Vårdöverenskommelse 2022–2023 mellan södra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Habilitering & Hälsa (HSNS 2020-00250).

den 10 september 2019³⁸ och gällde till och med den 31 december 2022. Samma giltighetstid gällde för nämnders och styrelserns reglementen.

Den 1 januari 2023 övertog operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ansvaret för samtliga vårdöverenskommelser. Reglementet för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden anger inget om förändringar av utbudspunkter, och i utförarstyrelsernas reglementen står att 'strukturella förändringar av innehåll och utbudspunkter utgår från fastställda måldokument och strategiska planer. Avvikelse från gällande planer och uppdrag ska vara föremål för dialog med den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och kan föranleda justering av uppdraget.'

Behov av förtydligande

Arbetet med en process för hantering av utbudspunktsförändringar initierades i samband med ett förslag från styrelsen för Regionhälsan om förändring av utbudspunkt för en barnmorskemottagning i Frölunda. Vid sitt sista sammanträde bordlade Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd ärendet³⁹, som vid årsskiftet överfördes till nyinrättade operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden lyfte ärendet vid sitt första sammanträde den 17 januari 2023, och uppdrog åt förvaltningen att återkomma med förslag på hantering⁴⁰. Utifrån den förändrade politiska organisationen konstaterade nämnden samtidigt att det fanns anledning att se över processen för hantering av dialog med utförarstyrelser vid avvikelser från gällande planer och uppdrag såsom exempelvis utbudspunktsförändring. Förvaltningen fick uppdraget att återkomma med förslag på sådan process.

Den 22 mars godkände operativa hälso- och sjukvårdsnämnden förvaltningens förslag till process⁴¹, och översände den bland annat till regionstyrelsen för fortsatt vägledning. Av tjänsteutlåtandet framgick att hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören ansvarade för att ta fram *anvisningar (rutin)* för utformning av utförarstyrelsernas underlag. Rutinen var färdigställd en vecka senare och kommunicerades till samtliga utförarstyrelser.

Den 28 mars 2023 beslutade regionstyrelsen att den tidigare riktlinjen för samråd mellan nämnder och styrelser (vars giltighetstid löpt ut den 31 december 2022) skulle

³⁸ Regionstyrelsen 2019-09-10, 218, Riktlinje Samråd mellan nämnder och styrelser, (RS 2019-04752).

³⁹ Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd 2022-12-12, § 377, Samråd om förändring av utbudspunkt familjecentral Trädet (HSNG 2020-00444).

⁴⁰ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-01-17, § 10, Samråd om förändring av utbudspunkt barnmorskemottagning Frölunda, familjecentral Trädet (OSN 2023-00059).

⁴¹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-22, § 60, Process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag såsom utbudspunktsförändring (OSN 2023-01653).

upphöra att gälla, och den 25 april ställde sig regionstyrelsen bakom processen från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden⁴².

Samtidigt påpekade regionstyrelsen att strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens roll och mandat i denna typ av frågor behövde förtydligas. Som regionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ är det särskilt viktigt att frågorna lyfts dit så att den operativa och den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden gemensamt kan utveckla en praxis. Frågan om förtydligande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens roll och mandat överlämnades till den politiska arbetsgruppen för beredning.

Processens steg

Utförarstyrelserna ska inkomma till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden med underlag som beskriver bakgrunden till föreslagna förändringar, tidplan, hur vårdbehovet ska tillgodoses, möjliga alternativ till den föreslagna förändringen samt hur förändringen ska följas upp.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska sedan pröva förslaget till förändring mot gällande uppdrag (vårdöverenskommelser), måldokument och strategiska planer. I de fall det saknas måldokument eller strategiska planer till vägledning för nämnden, alternativt att det finns tolkningsfrågor kring dessa, ska ärendet lyftas till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden för avgörande.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska också pröva om avstämning ska ske med berörd delregional nämnd utifrån dess lokala perspektiv och dialog med kommunerna.

Slutligen ska operativa hälso- och sjukvårdsnämnden avgöra om utförarstyrelsens förslag till förändring kan godtas eller inte, alternativt konstatera att föreslagna förändringar ligger inom ramen för gällande vårdöverenskommelse/uppdrag och att utförarstyrelsen därför själv kan fatta beslutet’.

Processens tillämpning

- a) Efter att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde processen har utförarstyrelserna tillskrivit nämnden i enlighet med den processen.
- b) Fem ärenden kring utbudspunktsförändringar har sänts till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden efter att hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören fastställde rutin för att konkretisera processen. I fyra fall har rutinen använts. Det förslag som saknade beskrivning enligt rutinen återremitterades i början av juni och har hittills inte kommit tillbaka.

⁴² Regionstyrelsen 2023-04-25, § 87, Process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag såsom utbudspunktsförändring (RS 2023-02074).

- c) Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska pröva inkomna förslag mot aktuell vårdöverenskommelse, måldokument och strategiska planer. Av de fyra förslag som anmälts enligt rutinen har nämnden explicit prövat två mot aktuell vårdöverenskommelse. Det tredje förslaget godkändes med hänvisning till sjukhusets bemannings- och kompetensförsörjningsproblem. Det fjärde bestod av åtta förslag, varav tre godkändes med hänvisning till att konsolidering av vård ligger i linje med syftet med bildandet av sjukhusgruppen, och övriga fem godkändes inte med hänvisning till att avveckling av vård och eventuell överföring till annan utförare ska vara förankrat i aktuellt samordningsråd.
- När det gäller prövning mot gällande måldokument och strategiska planer har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden gjort det vid ett tillfälle, och bedömde då att det inom vissa områden fortfarande saknades sådana.
- d) Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska lyfta förslagen till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden när det saknas måldokument eller strategiska planer, eller när det finns tolkningsfrågor. I det ärende där operativa hälso- och sjukvårdsnämnden bedömde att det saknades måldokument eller strategiska planer lyftes detta enligt den fastställda processen.
- e) Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska i varje ärende pröva om avstämning ska ske med berörd delregional nämnd. Revisionen kan inte finna att nämnden i något fall har dokumenterat en sådan prövning.

Hantering efter årsskiftet

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde den process som behandlats ovan, 'fram tills arbetsätt och metoder enligt den nya styrmodellen kommit på plats'. Av genomförda intervjuer framgår att slutdatum fortfarande är oklart, och att processen sannolikt behöver gälla även under en del av 2024. Den rutin som hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören fastställde några dagar senare gäller till och med den 31 december 2023, och kommer i så fall att behöva förlängas.

4.2.3 Utvärdering av reglementen för styrelser och nämnder

I samband med att regionfullmäktige den 29 november 2022 fastställde reglementen för samtliga nämnder och styrelser, uppdrog fullmäktige åt regionstyrelsen att efter utvärdering återkomma med eventuella förslag till justeringar.

Den 23 maj 2023 skickade den politiska arbetsgruppen en remiss till samtliga nämnder och styrelser (inklusive bolag), med möjlighet att i första hand yttra sig över sitt eget reglemente men även ge synpunkter på politiska organ som har angränsningar till det egna uppdraget (RS 2023–01583). Svarstiden sattes till den 30 september.

Remissvar från granskade nämnder

Delregional nämnd östra har ingått i revisionens granskning, men de fem nämnderna har lämnat i princip identiska yttranden. I dessa efterlyser nämnderna en rad förtydliganden – både i sina egna och i andra nämnders reglementen. Det gäller bland annat

- ansvarsfördelningen mellan operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna kring samverkansavtal
- vad de delregionala nämnderna ska göra i praktiken (och mandat) för att 'verka för att realisera måldokument och strategiska planer'
- vad som ingår i de delregionala nämndernas uppdrag att 'agera som part för att hantera frågor som ligger inom den regionala kompetensen'. Hur långt sträcker sig den och har nämnden förutsättningar för ett sådant uppdrag?
- möjligheten att nominera ärenden till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden men inte till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, trots att även den sistnämnda enligt sitt reglemente ska omhänderta ärenden som nomineras från de delregionala nämnderna
- ansvaret för dialog med utförarstyrelser
- gränsdragningen mellan de delregionala nämnderna och beredningen för mänskliga rättigheter
- om patientnämnd ska föra dialog med de delregionala nämnderna, som det står i den sistnämndas reglemente.

De två hälso- och sjukvårdsnämnderna

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens och operativa hälso- och sjukvårdsnämndens remissyttranden redovisas här under samma rubrik, eftersom synpunkterna i hög grad rör samma frågor och inte sällan relationen till varandra. Av genomförda intervjuer framgår också att remissvaren delvis beretts gemensamt inom Koncernkontoret.

Ett sådant område är budgeten och ansvaret för *forskningsmedel*. Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden påpekar att reglementet tilldelar nämnden uppgiften att 'bevaka utvecklingen inom forsknings-, utvecklings- och utbildningsområdet'. Mot bakgrund av att nämnden ska vara Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ och att forskning och utveckling är långsiktiga strategiska frågor, bör detta förtydligas i reglementet och justeras i budget.

Från andra hållet konstaterar operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att budgetposten för forskningsmedel finns i deras budget, men att området inte nämns i reglementet. Mot bakgrund av operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag och tilldelning av resurser, och att nämnden har det

samlade ansvaret att fördela medel till aktörer inom hälso- och sjukvården, föreslår nämnden ett förtydligande av ansvarsområdet.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden lyfter en central fråga i relationen mellan de två hälso- och sjukvårdsnämnderna. I samband med ärendena om *utbudspunktsförändringar* har det enligt nämnden uppkommit tolkningsbekymmer kring vilken typ av ärenden som är av *strategisk* respektive *operativ karaktär* samt hur de ska fördelas och beredas. Här önskar nämnden ett förtydligande.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden efterfrågar ett förtydligande kring nämndens ansvar att följa upp och till fullmäktige *analysera* och *rapporera* hur den regionfinansierade hälso- och sjukvården svarar upp mot måldokument, strategiska planer och samhällsuppdrag – i relation till operativa hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar att följa upp uppdrag och avtal. Även det tidigare *systemansvaret* – att säkerställa invånarnas tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård samt att lagar och regler om tillgänglighet uppfylls – behöver tydliggöras mellan de två hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Västra Götalandsregionens *valfrihetssystem* är ett annat område där strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden vill ha ett förtydligande i de två reglementena. I strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente finns en formulering om att vid behov ta fram förslag kring införande av nya valfrihetssystem, och en om att ta fram förslag om utveckling av eller principiella förändringar i befintliga valfrihetssystem. Nämnden vill få ytterligare klarhet i vad detta innebär i relation till operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag att besluta om förfrågningsunderlaget.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för fram ett förslag till komplettering av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente, om huvudansvaret för samordning av arbetet i de delregionala nämnderna och ansvaret för att säkerställa att Västra Götalandsregionens övergripande samverkansformer med kommuner i hälso- och sjukvårdsfrågor fungerar väl.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden lyfter hur processen för hantering av bland annat utbudspunktsförändringar beskriver att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ska överlämna ärendet till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden när det saknas styrande dokument som är vägledande. Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden saknar dock möjligheten att *själva identifiera områden* i systemet som kräver strategiska beslut, vilket riskerar att göra nämnden reaktiv eller passiv.

De två sista synpunkterna kommer från operativa hälso- och sjukvårdsnämndens remissyttrande. Nämnden ska enligt reglementet beakta de delregionala nämndernas inspel i sitt arbete med konkretisering av måldokument och

strategiska planer. Problemet uppges vara att de delregionala nämnderna sammanträder relativt sällan, vilket ger långa beredningstider.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämndens sista kommentar i sitt yttrande är en påminnelse om att regionfullmäktige i de nya reglementena ställer krav på framtagandet av måldokument och strategiska planer – som bland annat ska beakta resurs- och investeringsbehov, kompetensförsörjning, vårdutbudsstruktur och horisontella prioriteringar. Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden önskar ett ytterligare förtydligande av detta, då måldokument och strategiska planer med dessa perspektiv är en förutsättning för att nämnden ska få stöd och genomförandekraft i det som reglementet kräver av dem – konkretisering och reglering av planerna.

Regionstyrelsen

Regionstyrelsen har regionfullmäktiges uppdrag att bereda och lämna eventuella förslag till revideringar av reglementen, och har inte avgett något eget yttrande över sitt eller andras reglementen.

Utöver inkomna yttranden har den politiska arbetsgruppen att ta hänsyn till regionstyrelsens uppdrag den 25 april att bereda frågan om förtydligande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens roll och mandat i frågor som rör utbudspunktsförändringar⁴³, samt det gruppen samlat på sig under den granskade perioden genom sitt övergripande uppdrag att utvärdera tillämpningen av reglementen och återkomma med eventuella förslag till justeringar.

Tidplanen

Av den utsända remissen framgick inte när regionfullmäktige avsåg att behandla eventuella förslag till justeringar av gällande reglementen. Enligt genomförda intervjuer var ambitionen att fullmäktige skulle kunna ta ställning till eventuella förslag vid sitt sammanträde i december 2023, men också att det är viktigare att remisserna bereds omsorgsfullt och att väl underbyggda förslag läggs fram, än att besluten fattas före årsskiftet.

Inga förslag till revideringar har behandlats av regionstyrelsen under 2023.

4.2.4 Policy Styrning i Västra Götalandsregionen

Den 28 maj 2019 fastställde regionfullmäktige en reviderad version av sin policy för styrning i Västra Götalandsregionen.⁴⁴ Policyn innehöll grundläggande principer för styrning i regionen och gällde nämnder, styrelser och majoritetsägda bolag.

⁴³ Regionstyrelsen 2023-04-25, § 87, Process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag såsom utbudspunktsförändring (RS 2023-02074).

⁴⁴ Regionfullmäktige 2019-05-28, § 104, Revidering av policy för styrning (RS 2019-02491).

Dokumentet Vägledning för nämnders och styrelser arbete var regionstyrelsens konkretisering av regionfullmäktiges policy för styrning; det gav exempel på frågor som behövde hanteras av nämnder och styrelser och var avsett som stöd i utformningen av styrningen i respektive verksamhet. Dokumentet fastställdes senast av styrelsen den 12 december 2017⁴⁵, efter att regionfullmäktige i september fastställt policyn (som sedan reviderades 2019 enligt ovan).

Ingen policy från halvårsskiftet

Giltighetstiden för regionfullmäktiges policy för styrning löpte ut den 30 juni 2023, och för regionstyrelsens konkretiserande vägledning den 31 december 2022.

I januari 2023 skickades ett förslag till ny policy på remiss till samtliga nämnder och styrelser. Som de mest väsentliga förändringarna beskrevs en anpassning av beskrivningen av styrmodellen till den nya politiska organisationen, ett nytt avsnitt om attest och utanordning samt mindre, redaktionella justeringar. Sista svarsdatum sattes till den 12 april.

Närmare 20 remissvar inkom, men därefter avbröts beredningen av ärendet. Revisionen har inte funnit någon notering om detta i handlingar från regionstyrelsen eller ägarutskottet.

Av genomförda intervjuer har framgått att bedömningen, åtminstone från Koncernkontoret, varit att regionfullmäktige borde invänta den kommande revideringen av reglementen innan en ny policy för styrning antas. Alternativet att förlänga giltighetstiden för den dåvarande policyn diskuterades, men inget sådant förslag lades fram.

Ny policy i slutet av november

Den 28 november 2023 godkände regionfullmäktige Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026.⁴⁶ I både den tidigare versionen och remissversionen fanns en formulering om att nämnder och styrelser ska besluta om *plan för intern kontroll* i anslutning till beslut om detaljbudget. I den nya versionen har detta kompletterats med att regionstyrelsen, utifrån uppsiktsplikt och samordningsansvar, fastställer sin plan efter att de tagit del av övrigas planer.

4.2.5 Revisionens bedömning

Revisionens samlade bedömning inom ramen för den andra revisionsfrågan är att *ansvar, roller och inbördes relationer i hög grad tydliggjorts*, även om

⁴⁵ Regionstyrelsen 2017-12-12, § 315, Vägledning för nämnders och styrelser arbete (RS 2017-04735).

⁴⁶ Regionfullmäktige 2023-11-28, § 246, Reviderad policy för styrning 2023 (RS 2022-03751).

bedömningen också är att delar av otydligheten kunde undvikits redan inför och vid inrättandet av den nya organisationen.

PM från den politiska arbetsgruppen

Revisionens första konstaterande är att själva behovet att ta fram ett relativt omfattande dokument för att förtydliga organisationen och relationen mellan berörda nämnder och styrelser efter tre veckor, tyder på att förarbetet inte nått hela vägen fram. Merparten av det som beskrivs i arbetsgruppens PM kunde tydliggjorts i nämnders och styrelserns reglementen, eller i andra styrande dokument från regionstyrelsen. Dels borde detta skett *före den 1 januari 2023*, dels borde sådana dokument tagits fram, benämnts och fastställts *enligt gängse rutiner* inom Västra Götalandsregionen för att säkra dess legitimitet.

Med det sagt gör revisionen bedömningen att arbetsgruppens PM bidragit till ett förtydligande. Dock har åtgärden inte fullt ut kunnat kompensera för de otydligheter som finns i den nya politiska organisationen, framför allt i reglementena, vilket framgår i inkomna remissyttranden.

Revisionen bedömer också att regionstyrelsen redan från början kunde gett arbetsgruppen ett tydligare uppdrag och mandat, i synnerhet när det gäller tolkning av regionfullmäktiges beslut om detaljutformning av organisationen samt nämnders och styrelserns reglementen, men också eventuell rådgivning till tjänstepersoner. Därför bör regionstyrelsen i det fortsatta arbetet med detaljutformning och implementering av den nya politiska organisationen formalisera såväl uppdrag som dokument i enlighet med gällande riktlinjer och rutiner inom Västra Götalandsregionen.

Hantering av utbudspunktsförändringar

Problem som kunde förutsetts

Revisionen bedömer att beslutet om en process för att hantera framför allt utbudspunktsförändringar har inneburit ett förtydligande, då detta är bristfälligt beskrivet i såväl detaljutformningen av den nya organisationen som inblandade nämnders reglementen. Dock kunde mycket arbete med kort varsel undvikits, samtidigt som otydligheten och osäkerheten kunde minskat både internt och i den externa kommunikation som följt på flera av ärendena, om styrgruppen i sitt förslag till detaljutformning tagit hänsyn till *regionstyrelsens uppdrag den 20 april 2021*.

I samband med regionstyrelsens beslut om 'Hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering' (se fotnot 10) kompletterade styrelsen det uppdrag som styrgruppen fått med 'att förtydliga ansvarsförhållanden och beslutsmandat för beslut om vårdutbud och dess lokalisering'. Revisionen bedömer att detta uppdrag inte omhändertogs av styrgruppen, och att regionstyrelsen inte följde upp att det slutliga förslaget till organisation tog hänsyn till just dessa ansvarsförhållanden och beslutsmandat.

Av revisionens intervjuer framgår att detta delvis kan ha varit ett medvetet val – att i stället för att fastställa alla detaljer i relationerna mellan i första hand strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden låta verksamheten komma i gång och se hur rollerna utkristalliseras. Detta har inneburit dels att några beslut om utbudspunktsförändringar fattades innan processen var framtagen, dels en betydande osäkerhet hos flera inblandade parter.

Ytterligare otydligheter

Revisionen bedömer att *operativa hälso- och sjukvårdsnämnden gjort flera avsteg* från den process som nämnden själv godkände i mars. I två ärenden (totalt nio förslag) har aktuell vårdöverenskommelse inte nämnts i motiveringen, och revisionen kan bara se att prövning mot gällande strategiska planer gjorts vid ett tillfälle (och då lyfts till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden).

Det tydligaste avsteget från processen är enligt revisionens uppfattning att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden inte i något ärende dokumenterat att nämnden prövat, som det uttrycks i den fastställda processen, *'om avstämning ska ske med berörd delregional nämnd* utifrån dess lokala perspektiv och dialog med kommunerna, som en del av operativa hälso- och sjukvårdsnämndens prövning'. Revisionen bedömer att detta avsteg riskerar att öka otydligheten och osäkerheten kring samspelet i den nya politiska organisationen i allmänhet, och de delregionala nämndernas roll i synnerhet.

Utvärdering av reglementen

Arbetet med revidering av reglementen har lyft fram många av de otydligheter som bland andra revisionen noterat under den granskade perioden. Delregional nämnd östras frågetecken kring hur relationerna till övriga nämnder och styrelser är formulerade i det egna och andras reglementen, men också andra nämnders kommentarer om ungefär samma sak, belyser den *otydlighet* som funnits kring *de delregionala nämnderna*.

I övrigt rör merparten av synpunkterna de två nybildade hälso- och sjukvårdsnämndernas reglementen – både från nämnderna själva och från övriga nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet.

En synpunkt som förts fram i intervjuerna handlar om svårigheten att 'stämna av' förslaget till politisk organisation i förväg. Ett problem med det traditionella sättet att arbeta fram exempelvis nya reglementen genom att remittera dem inom organisationen, var att de nybildade nämnderna inte kunde tillfrågas före den 1 januari 2023 och att man inte ansåg det relevant att efterfråga de avgående nämndernas synpunkter.

Det är en både praktisk och principiell invändning som revisionen har förståelse för, men revisionen gör samtidigt bedömningen att de otydlig-

heter som nu uppstått och som delvis hanterats temporärt under den granskade perioden, kunde undvikits då de i mångt och mycket rör frågor och typer av ärenden som diskuterats länge i organisationen.

Revisionen bedömer att det finns goda möjligheter att en kommande revidering av reglementen kan bidra till ökad tydlighet, vilket revisionen avser att följa i granskningen under 2024 och framåt.

Policy för styrning

Giltighetstiden för regionfullmäktiges policy för styrning löpte ut den 30 juni 2023. Policyn lyfts fram som grundläggande för regionens styrning, och revisionen bedömer att avsaknaden bidragit till ytterligare otydlighet och osäkerhet kring ansvar, roller och inbördes relationer.

Revisionen noterar dock att processen för att regionfullmäktige ska fastställa en ny policy har påbörjats under slutet av den granskade perioden.

4.3 Revisionsfråga 3 – tydligare ansvar, roller och inbördes relationer

Den tredje revisionsfrågan handlar om intentionerna i regionfullmäktiges beslut kring en ökad tydlighet i ansvar, roller och inbördes relationer.

4.3.1 Syftet med den nya politiska organisationen

Regionfullmäktige har fastställt att en ny politisk organisation under perioden 2023–2026 bland annat ska leda till

- tydligare styrning samt renodlade ansvar och roller
- större genomslag för politiska beslut
- ökad transparens.

4.3.1.1 Tydligare styrning samt renodlade ansvar och roller

Renodlade ansvar och roller för politiska nämnder och styrelser är en grund för tydligare politisk styrning. Ett sätt att beskriva förändringen gentemot den tidigare organisationen är att identifiera det som ändrats i reglementen för nämnder och styrelser som finns kvar, och vad som fördelats till helt nya nämnder. Nedan görs en översiktlig sådan genomgång, med fokus på de delar som berör hälso- och sjukvårdsområdet.

Regionstyrelsen

Utöver några nya formuleringar kring Västra Götalandsregionens samhälls- uppdrag på en övergripande nivå, har ett antal förändringar gjorts kring

regionstyrelsens uppgifter och mandat. Här redovisas några av dessa, under aktuell rubrik i det nya reglementet.

Regionstyrelsens roll i Västra Götalandsregionens ledning och styrning

Formuleringen att regionstyrelsen utövar ägarskap 'för verksamheter i egen regi' har ersatts med 'av Västra Götalandsregionens utförare'. Begreppen 'verksamhet i egen regi' och 'egenregiverksamhet' återfinns dock senare i dokumentet, i samband med ytterligare en beskrivning av styrelsens ägarskap. En annan förändrad formulering är från den tidigare om att styrelsen har ett samordningsansvar 'för att verksamheter i egen regi bedrivs ändamålsenligt och effektivt' – till ett övergripande samordningsansvar 'för att nämnder och styrelser bedriver sin verksamhet i enlighet med fastställda reglementen, har en verksamhet i balans och hushållar med tilldelade resurser'.

Nytt är dessutom regionstyrelsens ansvar för att utförarverksamheten efterlever fattade beslut om tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet samt social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet.

Regionstyrelsens uppsikt över den samlade verksamheten

Regionstyrelsen skulle enligt det tidigare reglementet svara för att Västra Götalandsregionens löpande förvaltning handhas rationellt och effektivt, vilket från och med 2023 kompletterats med 'och med god ekonomisk hushållning'. Kravet att vid behov vidta åtgärder har ersatts av att 'säkerställa att nämnder och styrelser vid behov vidtar åtgärder'.

Styrelsens samordningsansvar

Skrivningen om en medlarroll och att regionstyrelsen avgör tvister mellan nämnder och styrelser, exempelvis beställarnämnd och utförarstyrelse, har ersatts av ett ansvar att *bereda* ärenden avseende tvister. Den tidigare samordningen av implementering av 'strategier, standarder och normer' har ersatts av 'måldokument, policyer och riktlinjer'.

Ett helt nytt stycke om regionstyrelsens samordningsansvar lyder:

'Regionstyrelsens ansvar för ekonomi och uppföljning syftar till att säkerställa att genomförandet av regionfullmäktiges måldokument och strategiska planer sker inom ramen för god ekonomisk hushållning. Regionstyrelsen har ett särskilt ansvar att fastställa principer för den övergripande ekonomiska styrningen som tillämpas i Västra Götalandsregionen.'

Särskilda uppgifter för regionstyrelsen

Bland regionstyrelsens särskilda uppgifter har ett nytt avsnitt tillkommit kring 'frågor som är av gemensam betydelse' och aktuellt för denna granskning är utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem med kommunerna.

Regiondirektör och förvaltningschefer

Under denna rubrik anges att regionstyrelsen utser förvaltningschefer och nytillskottet 'ansvarig tjänsteperson', efter samråd med berörda nämnder och styrelser.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

I den tidigare organisationen var hälso- och sjukvårdsstyrelsen det ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organet. Denna roll har idag strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden. Nytt i nämndens reglemente i relation till styrelsens är beskrivningarna av arbetet med framtagande och uppföljning av måldokument och strategiska planer, medan begrepp som befolkningsperspektiv, systemansvar och systemägarskap har tonats ner eller helt tagits bort.

I den nya organisationen har strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden inte heller något av det ansvar som hälso- och sjukvårdsstyrelsen hade att samordna hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningsarbete och för egen del hantera exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhusets uppdrag som universitetssjukhus samt säkerställa minst en vårdcentral i varje kommun.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

De största förändringarna mellan hälso- och sjukvårdsnämndernas och operativa hälso- och sjukvårdsnämndens reglementen rör tecknandet av vårdöverenskommelser som bytts mot ensidiga uppdrag och att det geografiskt avgränsade ansvaret ersatts av ett regiongemensamt perspektiv. För operativa hälso- och sjukvårdsnämnden görs också en tydligare koppling till måldokument och strategiska planer.

Från hälso- och sjukvårdsstyrelsens reglemente har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden övertagit ovan nämnda ansvar kring Sahlgrenska Universitetssjukhusets uppdrag som universitetssjukhus och att säkerställa minst en vårdcentral i varje kommun.

Delregionala nämnder

De fem delregionala nämnderna följer samma geografiska indelning som de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna, men har ett delvis annat uppdrag. Portalparagrafen i reglementet beskriver hur nämnderna ska realisera Västra Götalandsregionen måldokument och strategiska planer inom hälso- och sjukvårdsområdet och folkhälsa i sitt geografiska område.

De delregionala nämnderna ska också ansvara för dialog med kommuner, intresseorganisationer och civila samhället samt följa hälso- och sjukvårdens utveckling i sitt eget geografiska område, med särskilt fokus på nära vård och där samordna dialogen med utförarna och kommunerna.

Ett exempel som skapat otydlighet i de delregionala nämndernas reglementen är förhållandet till invånarna i regionen. I den tidigare organisationen hade hälso- och sjukvårdsnämnderna ett *befolkningsansvar* och skulle vara befolkningsföreträdare. I det beslut om ny politisk organisation som regionfullmäktige fattade i april 2022 anges på flera ställen att de delregionala nämnderna ska samråda med invånare, ha dialog med invånare, följa invånarna i området och ha ett lokalt ansvar för att bedöma invånarnas behov av vård.

Däremot är det strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden som har det grundläggande regionala uppdraget att *företräda invånarna* och att exempelvis verka för hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån ett invånarperspektiv. Och när respektive nämnds uppdrag formaliserats i reglementen finns ordet invånare eller motsvarande inte med alls i de delregionala nämndernas.

4.3.1.2 Större genomslag för politiska beslut

När den politiska organisationsberedningen presenterade sin rapport i juni 2021 identifierades en uppfattning i organisationen om ett *bristande politiskt inflytande*. Beredningens förslag var att varje nämnd borde ha en egen förvaltning, och att det i det kommande organisationsförslaget borde övervägas vem som har mandatet att anställa förvaltningschef.

I flera intervjuer lyfts att det politiska inflytandet varit större än vid tidigare tillfällen när det gäller utformningen av den politiska organisationen. I stället för den mer traditionella modellen med 'färdigskrivna tjänstepersonsförslag' som politiken får reagera på, har de politiska styr- och arbetsgrupperna i hög grad själva 'hållit i pennan' och säkerställt ett politiskt ägarskap över dokumentet och sedan fått förvaltningens hjälp att omvandla detta till exempelvis reglementen. Att den politiska arbetsgruppen har ett fortsatt uppdrag ses också av flera av de intervjuade som en god möjlighet till fortsatt politiskt inflytande.

I vågskålen för politiskt inflytande finns det som den politiska arbetsgruppen lyfter fram i genomförd intervju – att det faktiskt finns utrymme för inflytande i styrmodellen, men att det kräver att de *förtroendevalda tar ansvaret och tar för sig* av detta utrymme. Med delvis samma förtroendevalda som före årsskiftet och i hög grad samma tjänstepersoner som stöd, finns det mekanismer som kan hålla tillbaka en förändring. Från politiskt håll nämns att det kan behöva göras justeringar inom förvaltningsorganisationen.

Som exempel på politiskt initiativtagande nämns hur strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med beslutet om genomförandeplan för omställningen i maj⁴⁷ utsåg en politisk referensgrupp för arbetet med kommande revidering av

⁴⁷ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 61, Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården (SSN 2023–00364).

planen. Företrädare för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden lyfter fram att gruppens arbete kommer att bidra till fördjupad kunskap i nämnden, men också till ett viktigt ömsesidigt utbyte mellan politik och förvaltning.

4.3.1.3 Ökad transparens

Av genomförda intervjuer framkommer att processen för att ta fram en ny politisk organisation har uppfattats som transparent, där de politiska företrädarna haft en större insyn i och ett större inflytande över den utformningen.

4.3.1.4 Personunion mellan nämnder och styrelser

Frågan om personunion mellan nämnder och styrelser har inte varit självklar enligt genomförda intervjuer med politiska företrädare.

Att en förtroendevald har uppdrag i två eller flera nämnder och styrelser inom Västra Götalandsregionen är inget ovanligt. Det är många uppdrag som ska bemannas – i den nya politiska organisationen drygt 1 000. Vid revisionens genomgång är exempelvis sju av regionstyrelsens ledamöter (heltidsarvode-rade regionråd) också ledamöter i operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, medan fyra personer från regionstyrelsen (två ledamöter och två ersättare) också sitter i strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

En *fördel* med en personunion kan vara att det bidrar till ett naturligt informationsflöde mellan de berörda organen och att de enskilda individerna får en bredd i kunskap och erfarenhet genom att medverka i flera sammanhang.

En möjlig *risk* är just att informationen och initiativen mellan organen går via enskilda individer i stället för de vägar som är tänkt enligt fastställd styrmodell, och att det bidrar till en otydlighet i relationerna mellan nämnder och styrelser. En annan typ av risk kan uppstå om en ledamot i den nämnd som lämnar uppdrag och tilldelar resurser till utförarstyrelser, samtidigt är ledamot i en sådan styrelse. Detta var fallet för en förtroendevald i regionstyrelsen som under inledningen av den granskade perioden även var ledamot i operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och i en utförarstyrelse. Detta har åtgärdats sedan dess, genom att vederbörande lämnat de två sistnämnda och i stället utsetts till ledamot i strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

En tredje risk kan uppstå i relationen mellan regionstyrelsen och utförarstyrelser, där regionstyrelsen i sin ägarroll bland annat har en uppsiktsplikt. Efter att en förtroendevald lämnade uppdraget i utförarstyrelsen enligt ovan, är nu två av ersättarna i regionstyrelsen ordförande i varsin utförarstyrelse.

4.3.2 Revisionens bedömning

Revisionens samlade bedömning inom ramen för den tredje revisionsfrågan är att *ansvar, roller och inbördes relationer delvis tydliggjorts i enlighet med regionfullmäktiges beslut*, men också att det är tidigt att göra den bedömningen efter knappt ett år.

Tydligare styrning samt renodlade ansvar och roller

Revisionen bedömer att det finns goda förutsättningar för en *tydligare styrning* samt renodlade ansvar och roller i den nya organisationen, även om revisionen också gör bedömningen att en del av otydligheterna kunde undvikits inför implementeringen.

När det gäller de nya reglementena finner revisionen, i likhet med det som framkommit i remissrundan, att både de delregionala nämnderna själva och övriga nämnder och styrelser haft svårt att identifiera deras ansvar och roll i regionens nya hälso- och sjukvårdssystem. Av genomförda intervjuer framgår att det under perioden av planering och beredning av den nya organisationen funnits en blandning av förväntan och oro – och hög grad av osäkerhet – kring de delregionala nämnderna.

Även om det inte finns någon formell koppling mellan de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna och nuvarande delregionala nämnder, och man från politiskt håll varit tydliga med att de förstnämnda upphört och de sistnämnda är nyinrättade, så uppkommer jämförelsen. Den geografiska indelningen är densamma, ansvaret och medlen för folkhälsofrågor är i stort sett desamma och det ska finnas en liknande lokal dialog med kommuner och olika grupper av invånare – om än kring lite olika frågor. Den stora skillnaden är ansvaret att beställa vård som de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna gjorde inom sitt geografiska område genom vårdöverenskommelser och avtal, och som nu förts över till en regiongemensam funktion i form av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Flera av de intervjuade menar att en av orsakerna till att uppfattningarna om de nyinrättade delregionala nämnderna går isär, är att *förväntningarna* varit och är så olika. Förväntningarna kan i sin tur påverkas av flera saker – exempelvis om den som nu är ledamot i en delregional nämnd även var aktiv i en tidigare hälso- och sjukvårdsnämnd.

Större genomslag för politiska beslut

Revisionen bedömer också att det finns goda förutsättningar för ett större *genomslag för politiska beslut*, men även detta förutsätter större tydlighet i styrande dokument som en hälso- och sjukvårdsstrategi samt nämnders och styrelserns reglementen.

Revisionen bedömer att det från Koncernkontorets perspektiv, bland annat med en minskad bemanning från den 1 januari 2023, är en rimlig avvägning att inte låsa enskilda avdelningars eller enheters personal till specifika

nämnder eller styrelser. Däremot är det tydligt att detta inte går i linje med den politiska ambitionen i organisationsutredningar och till viss del även i regionfullmäktiges beslut i april 2022.

Den politiska arbetsgruppens betydelse lyfts även i detta sammanhang, vilket i sig innebär att regionstyrelsen bör ge arbetsgruppen ett tydligare uppdrag och mandat. Detta gäller i synnerhet tolkning av regionfullmäktiges beslut och eventuell rådgivning till tjänstepersoner.

Ökad transparens

Revisionen bedömer att det är för tidigt att avgöra om den nya politiska organisationen bidragit till en ökad *transparens*, och i diskussionen kring personunion har i första hand möjligheter och risker lyfts.

Revisionen gör också bedömningen, att en så här omfattande förändring som sker parallellt med andra förändringar inom organisationen, behöver tid för att ge önskvärd effekt.

4.4 Sammanfattande bedömning

I detta avsnitt gör revisionen en sammanfattande bedömning per granskad styrelse och nämnd för att besvara syftet med granskningen:

Har berörda nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet givits förutsättningar att genomföra sina uppdrag i enlighet med regionfullmäktiges beslut om ny politisk organisation?

Otydliga och sinsemellan inte fullt kompatibla reglementen har enligt revisionens bedömning gett sämre förutsättningar för några av de granskade nämnderna under den nya politiska organisationens första år.

Regionstyrelsen

Flera genomförda intervjuer ger en bild av en bristande styrning från central nivå – att många väntar sig fler och tydligare besked i enskilda frågor och i den övergripande tolkningen av den nya politiska organisationen. Regionstyrelsen måste, som det uttrycks i en intervju, 'vara bärare av sin roll'.

Revisionen bedömer att det behövs en dialog kring just regionstyrelsens roll nu när de två hälso- och sjukvårdsnämnderna är inrättade. Att det pågår ett sökande bland de förtroendevalda i styrelsen och finns ett behov av förtydligande av ägarstyrningen, inte minst relationen mellan regionstyrelsen/ägarutskottet och de två hälso- och sjukvårdsnämnderna, har kommit fram i flera intervjuer under perioden.

Den 21 november informerades regionstyrelsen om den politiska arbetsgruppens *PM om ägarambition och ägarstyrning*.⁴⁸ Dokumentet är bland annat tänkt att ligga till grund för en ny ordning kring ägarutskottets årshjul för ärendeberedning, styrning och uppföljning. Revisionen uppfattar dokumentet som en överskådlig sammanställning av vad ägarstyrning är, eller vad arbetsgruppen önskar att det ska vara. Gruppen konstaterar bland annat att ägaren vill se en mer enhetlig verksamhet i hela regionen och för det krävs en aktiv ägare, att mål och ekonomiska ramar i regionfullmäktiges budget gäller och att ägaren själv måste avgöra sina målsättningar.

Goda förutsättningar

Revisionen bedömer att regionstyrelsen har fått goda förutsättningar att utföra sitt uppdrag i den nya politiska organisationen, och att styrelsen i hög grad har agerat i enlighet med sitt uppdrag. Det återstår dock en del arbete, dels med reviderade reglementen där regionstyrelsen har en viktig beredande roll, dels i den praktiska relationen med övriga nämnder för att hitta styrelsens nya roll.

I det PM om ägarstyrning som den politiska arbetsgruppen presenterade i slutet av den granskade perioden kommenteras detta inte mer än att både styrelsens och ägarutskottets roller blir förändrade i den nya strukturen, i och med 'hälso- och sjukvårdsnämnderna som på ett regionövergripande perspektiv övertagit helheten'.

Sammanfattningsvis vill revisionen lyfta att regionstyrelsen under den granskade perioden

- inte har agerat i tillräcklig utsträckning i sin övergripande ägar- och styrfunktion och i rollen som beredningsorgan åt regionfullmäktige, för att säkerställa att den nya politiska organisationen inom framför allt hälso- och sjukvårdsområdet fungerat enligt fullmäktiges intentioner
- inte har följt upp att styrelsens uppdrag till styrgruppen 'att förtydliga ansvarsförhållanden och beslutsmandat för beslut om vårdutbud och dess lokalisering' var omhändertaget i förslaget till ny politisk organisation
- inte har inrättat alla beredningar som fullmäktige angett i reglementet
- inte har agerat när giltighetstiden för bland annat det centrala dokumentet Policy Styrning i Västra Götalandsregionen löpte ut vid halvårsskiftet
- inte har varit tillräckligt tydliga i uppdrag och mandat till den politiska arbetsgruppen.

⁴⁸ Regionstyrelsen 2023-11-21, § 258, Ägarambition och ägarstyrning (RS 2023-04969).

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden är en delvis ny konstruktion med ett definierat ledande uppdrag, och uppfattas av flera intervjuade som en central men fortfarande svårdefinierad aktör i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdssystem.

Mer komplexa förutsättningar

Revisionen bedömer att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har fått svårare förutsättningar att utföra sitt uppdrag i den nya politiska organisationen. Nämnden har ett strategiskt uppdrag som ska utgöra grunden för den politiska styrningen av hälso- och sjukvården, men har inledningsvis fått ett reglemente som inte fångat alla aspekter av detta uppdrag – en roll, ett ansvar och uppgifter i den nya politiska organisationen som inte är lika 'tydliga' som för exempelvis operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisionen bedömer dock inte att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit de initiativ som krävs i en sådan situation och vill särskilt lyfta att nämnden under den granskade perioden

- inte har påbörjat eller dokumenterat planering av arbetet med en heltäckande hälso- och sjukvårdsstrategi
- inte har tagit de initiativ som enligt regionfullmäktiges beslut om ny organisation och reglemente kan förväntas av det ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organet.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisionen bedömer att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden under den granskade perioden haft ett omfattande men relativt tydligt uppdrag, en stark personunion med regionstyrelsen och ett starkt stöd från förvaltningen. Nämnden har haft klart för sig vilka deras primära uppgifter är, även om de har varit omfattande och utmanande.

Nytt, regiongemensamt perspektiv

De stora riskerna ligger enligt revisionens bedömning i den omfattande verksamheten och stora ärendemängden – ledamöternas arbetsbörda, möjligheten att läsa in sig på allt material, att varje utförare och varje uppdrag eller avtal blir 'ett i mängden' och inte kan ägnas den uppmärksamhet som krävs. En viss del av volymproblemet beräknas gå över efter den puckel som nu uppstått med många och sinsemellan spretiga avtal som tecknats av de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna, men risken är att det kommer att ta tid att samordna detta.

Starkt stöd från förvaltningen

Revisionen bedömer att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden redan från början haft ett starkt förvaltningsstöd, och att nämnden har ett uppdrag som gjort att de tidigt avropat ganska omfattande tjänstepersonsresurser. Revisionen bedömer fortsatt att det var en anledning till att stödet till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna, med mindre 'akuta' frågor på sina bord, behövde 'fredas'.

Politisk minoritet

En risk som operativa hälso- och sjukvårdsnämnden inte själv råder över är att den, precis som resten av Västra Götalandsregionen, leds av en politisk minoritet. Under den granskade perioden har nämnden vid flera tillfällen fattat beslut i enlighet med yrkanden från oppositionen, i ärenden som revisionen bedömer som centrala i nämndens uppdrag – budgetförutsättningar⁴⁹, uppdrag till sex av utförarstyrelserna, besluten om Krav- och kvalitetsböcker upphandling av ögonsjukvård⁵⁰.

Goda förutsättningar

Revisionen bedömer att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har fått goda förutsättningar att utföra sitt uppdrag i den nya politiska organisationen, och att man i hög grad utfört det uppdrag nämnden tilldelats. Sammanfattningsvis vill dock revisionen lyfta att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden under den granskade perioden

- inte följt fastställd process för hantering av utbudspunktsförändringar – dels prövning gentemot vårdöverenskommelser och strategier, dels relationen till de delregionala nämnderna.

Delregional nämnd östra

De delregionala nämnderna är enligt revisionens bedömning de som inledningsvis fått den otydligaste rollen i Västra Götalandsregionens politiska hälso- och sjukvårdsorganisation. Oavsett hur tydligt det har kommunicerats att de delregionala nämnderna inte ska jämföras med de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna, så finns delar av arvet kvar i form av både ansvar (tydligast folkhälsofrågorna), den geografiska indelningen och en del förtroendevalda.

Revisionen noterar att i samband med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om utbudspunktsförändringar eller avslutande av verksamheter har de delregionala nämnderna vid åtminstone fyra tillfällen fått besluten för någon form av hantering. I samtliga fall har förslaget att involvera en delregional

⁴⁹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-13, § 212, Budgetförutsättningar operativa hälso- och sjukvårdsnämnden inför 2024 (OSN 2023-02011).

⁵⁰ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-22, § 54, Upphandling av ögonsjukvård i Västra Götalandsregionen (OSN 2023-01548).

nämnd lagt som ett yrkande från ordförande vid sammanträdet, och bara i ett av fallen har beslutet expedierats till berörd nämnd. Revisionen bedömer därmed att det inte varit tydligt för mottagande nämnd på vilket sätt de förväntas agera med anledning av besluten.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har inte heller i något ärende kring utbudspunktsförändringar prövat om avstämning skulle ske med berörd delregional nämnd, vilket de borde gjort enligt den process de själva utarbetat.

Sårbart administrativt stöd

När Koncernkontoret genomförde en omorganisation den 1 januari 2023 var ett resultat att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och de fem delregionala nämnderna fick ett förvaltningsstöd skiljt från övriga nämnders.

Samtidigt genomfördes en minskning av antalet anställda vid förvaltningen, vilket tas upp som en försvårande omständighet i flera intervjuer. Exempelvis framförs att den politiska organisationen verkställdes i hög grad, men att Koncernkontoret fokuserat på att minska i omfattning och inte lyckats ställa om för att till fullo kunna stödja den politiska delen som planerat. Revisionen bedömer att stödet till de nya nämnderna bör utvärderas löpande under mandatperioden.

Otydliga och svåra förutsättningar

Revisionen bedömer att delregional nämnd östra har fått svåra förutsättningar att utföra sitt uppdrag i den nya politiska organisationen, med ett reglemente som inte gått i linje med angränsande nämnders och styrelser, ett 'arv' som hänger kvar från de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna, få sammanträden under året och ett begränsat tjänstepersonstöd.

Revisionen bedömer att delregional nämnd östra under den granskade perioden har agerat och verkat ändamålsenligt efter dessa förutsättningar.

4.5 Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisionen vid behov rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen av ny politisk organisation 2023.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och de delregionala nämnderna samt se till att arbetssätten dem emellan fungerar

- agera tydligare i sin övergripande ägar- och styrfunktion och i rollen som beredningsorgan åt regionfullmäktige, för att säkerställa att den nya politiska organisationen ska fungera enligt fullmäktiges intentioner.

Revisionen rekommenderar strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att

- påbörja arbetet med sitt uppdrag att ta fram måldokument och strategiska planer för den övergripande och långsiktiga inriktningen inom hälso- och sjukvården, alternativt återkoppla till regionfullmäktige och eventuellt föreslå en annan hantering av uppdraget.

Revisionen uppmanar granskade nämnder och styrelser att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Bilaga 1 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys, intervjuer och dialogmöten med granskade nämnder.

Utöver de dokument som anges som revisionskriterier ovan, har bland annat följande dokument gått igenom och, i de fall de ansetts relevanta för granskningen, analyserats i relation till kriterierna:

- Samtliga protokoll från regionfullmäktiges och regionstyrelsens sammanträden under 2022 och 2023, samt de handlingar som rör organisationsutredningar från 2015 och framåt.
- Samtliga protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens, operativa hälso- och sjukvårdsnämndens och delregional nämnd östras sammanträden under 2023.

Intervjuer har genomförts med

- ordförande och vice ordförande i den politiska arbetsgrupp som bland annat ska följa arbetet med utformning av styrning och ledning med anledning av den nya politiska organisationen samt utvärdera och lämna förslag till justeringar av reglementen
- regiondirektörens ledningsstöd som stöttat politiska styr- och arbetsgrupper i arbetet inför beslut om ny organisation
- hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör, tillika ansvarig tjänsteperson för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, tillsammans med ledningsstöd
- hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektör, tillika ansvarig tjänsteperson för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, tillsammans med ledningsstöd
- ansvarig tjänsteperson för delregional nämnd östra
- ekonomidirektör tillsammans med två avdelningschefer
- avdelningschef med ansvar för bland annat uppföljning av vårdöverenskommelser 2023 samt framtagande av uppdrag till utförarstyrelser för 2024
- chef koncernstab kansli och säkerhet, som bland annat biträtt regionstyrelsen och politiska styr- och arbetsgrupper i arbetet med reglementen och övriga styrdokument.

Revisorskollegiet har genomfört dialogmöten med presidierna för

- regionstyrelsen den 31 maj 2023
- strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 3 maj 2023
- operativa hälso- och sjukvårdsnämnden den 1 juni 2023
- delregional nämnd östra den 11 oktober 2023

Bilaga 2

Förslag till utbudspunktsförändringar mm

Under den granskade perioden har en rad ärenden väckts, där styrelsen för Regionhälsan och samtliga sjukhusstyrelser har föreslagit förändringar av utbudspunkter eller haft andra principiella frågor kring utbudspunkter i relation till gällande vårdöverenskommelser.

Ärendena i korthet

- Förslag från styrelsen för *Regionhälsan* om barnmorskemottagning i Frölunda samt psykologmottagning för föräldraskap och små barn i Lysekil godkändes i avvaktan på ny process.⁵¹
- Två förslag från styrelsen för *NU-sjukvården* kom också in innan operativa hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om processen. Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden godkände föreslagna förändringar för den specialiserade vuxenpsykiatriska öppenvården och uppmanade delregional nämnd norra att ta del av informationen för att kunna föra dialog om och följa upp resultatet för invånarna.⁵² Däremot godkände nämnden inte föreslagen förändring avseende servicenivån inom ambulansverksamheten.⁵³
- Förslag från styrelsen för *Sahlgrenska Universitetssjukhuset* om utbudspunktsförändringar inom vuxenpsykiatri återremitterades i juni eftersom det saknades underlag i enlighet med fastställd rutin⁵⁴. När denna rapport färdigställs har styrelsen inte återkommit med något nytt förslag.
- Styrelsen för *NU-sjukvården* föreslog att säga upp ett avtal avseende hyra av bassäng i Uddevalla sjukhus, och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden konstaterade i augusti att det fanns ett giltigt styrdokument kring detta och att utförarstyrelsen själv rådde över beslutet.

⁵¹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-02-08, § 27, Begäran om samråd från styrelsen för Regionhälsan om förändring av utbudspunkt psykologmottagning föräldraskap och små barn i Lysekil (OSN 2023-00059).

⁵² Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-04-26, § 81, Förslag från styrelsen för NU-sjukvården om utbudspunktsförändringar inom specialiserad öppenvård för vuxenpsykiatri (OSN 2023-00064).

⁵³ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-04-26, § 82, Förslag från styrelsen för NU-sjukvården om förändrad servicenivå inom ambulansverksamheten (OSN 2023-00064).

⁵⁴ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-08, § 165, Förslag från styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset om utbudspunktsförändringar inom vuxenpsykiatri (OSN 2023-00062).

- Förslag från styrelsen för *Södra Älvsborgs Sjukhus*⁵⁵ att föra över ögonmottagningen i Alingsås till Borås, med underlag enligt fastställd rutin, godkändes av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Bedömningen gjordes gentemot gällande vårdöverenskommelse och kommande uppdrag, men inte något måldokument eller strategi och inte heller något övervägande om avstämning med berörd delregional nämnd.
- Totalt åtta förslag från styrelsen för *Sjukhusen i väster* behandlades av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i november. Tre godkändes med hänvisning till att konsolidering av vård ansågs ligga i linje med det ursprungliga syftet med Sjukhusen i väster, och fem godkändes inte med motiveringen att avveckling av vård eller eventuell överföring av uppdrag till annan utförare ska vara förankrat i aktuellt samordningsråd. Däremot framgick inte av beslutsunderlaget om förslaget prövats mot några måldokument och strategiska planer, eller om avstämning skulle ske med berörd delregional nämnd.
- Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden godkände förslag från styrelsen för *Sjukhusen i väster* om att överföra uppdraget för ljusbehandling i Stenungsund till upphandlad leverantör.⁵⁶ Det främsta motivet för nämnden var varken gällande uppdrag eller måldokument/strategier, utan sjukhusstyrelsens svårigheter att klara bemanning och kompetensförsörjning över tid. Något övervägande om avstämning med berörd delregional nämnd gjordes inte heller.

Skaraborgs Sjukhus

Det förslag om utbudspunktsförändringar som väckt störst uppmärksamhet under den granskade perioden kom från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och beskrivs lite mer ingående här.

Delregional nämnd uppmanade och anmodade

Innan sjukhusstyrelsen tillskrivit operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fattade delregional nämnd östra den 1 juni beslut i två initiativärenden. I det första (initiativärende från RödGrön ledning)⁵⁷ uppmanade man strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

- att bedöma de framtida demografiförändringarna i Skaraborg, utifrån det analysera vårdbehovet på medellång och lång sikt samt använda resultatet som underlag i beslut om hälso- och sjukvården i delregionen

⁵⁵ Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus 2023-10-06, § 83, Förändring av ögonmottagning Alingsås (SÅS 2023-01002).

⁵⁶ Styrelsen för Sjukhusen i väster 2023-08-31, § 91, Ljusbehandlingsenhet Stenungsund (SV 2023-00434).

⁵⁷ Delregional nämnd östra 2023-06-01, § 43, Initiativärende från RödGrön Ledning om de framtida demografiförändringarna i Skaraborg (DRNÖ 2023-00112).

I det andra (initiativärende från M, KD, C)⁵⁸ *anmodade* man strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

- att en behovsanalys av det framtida vårdbehovet görs, där hänsyn tas till den framtida expansionen i norra Skaraborg
- att en konsekvensanalys görs som belyser hur föreslagna förändringar avseende vårdutbud och utbudspunkter påverkar kommunernas och primärvårdens verksamheter
- att i detta arbete särskilt belysa hur en jämlik och tillgänglig vård till alla invånare i Skaraborg säkerställs
- att ovanstående genomförs innan man går vidare med beslut om utbudspunkter eller andra större förändringar gällande sjukvården i Skaraborg

Sjukhusstyrelsen tillskrev enligt rutin

Den 2 juni beslutade styrelsen för Skaraborgs Sjukhus att tillskriva operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för dialog om strukturella förändringar av utbudspunkter inom sjukhuset, och skrivelsen följde den fastställda processen med totalt 21 formulär. Styrelsen bad nämnden om skyndsam hantering av ärendet, och efter en bordläggning den 8 juni bedömde nämnden vid sitt sammanträde den 14 juni⁵⁹ att styrelsen, med föreslagna strukturella förändringar av utbudspunkter, kan uppfylla sitt uppdrag i gällande vårdöverenskommelse.

Samtidigt beslutade operativa hälso- och sjukvårdsnämndens att tillskriva strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden för avgörande om föreslagna förändringar gick i linje med måldokument och strategiska planer. Motiven var två – operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ansåg att det 'inom vissa områden' ännu saknas måldokument och strategiska planer (i enlighet med processen) och föreslagna förändringar kan komma att få påverkan på hälso- och sjukvårdens övergripande utbud och lokalisering ur ett systemperspektiv. Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden uppmanades att särskilt beakta om det fanns behov att lyfta ärendet till regionstyrelsenivå.

Den 31 augusti⁶⁰ konstaterade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att *förslaget gick i linje med måldokument och strategiska planer*, utan hänvisning till vilka, med undantag för vissa verksamheter i Mariestad. Förändringen vid akutmottagningen i Lidköping förutsatte att sjukhusstyrelsen tillsammans med

⁵⁸ Delregional nämnd östra 2023-06-01, § 45, Initiativärende från (M, KD, C) om behovs- och konsekvensanalys av föreslagna förändringar avseende vårdutbud och utbudspunkter (DRNÖ 2023-00114).

⁵⁹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-06-14, § 182, Förslag från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om utbudspunktsförändringar (OSN 2023-00063).

⁶⁰ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-08-31, § 89, Förslag från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om utbudspunktsförändringar (SSN 2023-00546).

berörda utförare säkerställer invånarnas tillgång till akut vård, medan föreslagna förändringar i Mariestad krävde ytterligare beredning.

Uppmaningen och anmodandena från delregional östra behandlades i ett särskilt ärende den 31 augusti⁶¹, och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden svarade genom hänvisning till beslutet om utbudspunktsförändringar vid samma sammanträde, och att nämndens beslut i det ärendet 'får anses som del av svar till delregional nämnd östra. I fortsatt beredning av kvarvarande föreslagna förändringar av utbud, med fokus på Mariestadsområdet, kommer den framtida demografiförändringen i Skaraborg och dess konsekvenser analyseras'.

Delregional nämnd östra ansåg inte att detta var ett tillräckligt svar, utan beslutade den 21 september⁶² att *återigen tillskriva strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden* med en uppmaning – att återkomma med förtydligande om hur frågorna från den 1 juni har omhändertagits och vilket ytterligare arbete som planeras. Vid sammanträdet den 9 november fick strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden muntlig information om hur Koncernkontoret arbetar med demografiförändringar och framtida vårdbehov⁶³, delregional nämnd östra fick motsvarande information den 16 november⁶⁴.

Sjukhusstyrelsens beslut – och fortsättningen så här långt

Det slutliga beslutet om utbudsförändringar fattades av styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 12 september.⁶⁵

Frågan om status i strukturförändringarna har sedan dess lyfts i strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 september, och beskedet blev att beredning pågick och att en åiterrapportering skulle ges vid nästkommande sammanträde. Av protokoll från sammanträdet den 4 oktober går inte att utläsa att en sådan åiterrapportering skett. Däremot fick nämnden den 9 november en åiterrapportering av uppdraget från den 31 augusti, om arbetet med att säkerställa invånarnas tillgång till akutsjukvård i Skaraborg.

⁶¹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-08-31, § 90, Svar om hantering av skrivelser från delregional nämnd östra om de framtida demografiförändringarna i Skaraborg och behovs- och konsekvensanalys av föreslagna förändringar avseende vårdutbud och utbudspunkter (SSN 2023-00548).

⁶² Delregional nämnd östra 2023-09-21, § 66, Förfrågan om förtydligande från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden gällande svar på skrivelser om framtida demografiförändringar i Skaraborg (DRNÖ 2023-00148).

⁶³ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-11-09, § 161, Demografiförändringar och framtida vårdbehov (SSN 2023-00548).

⁶⁴ Delregional nämnd östra 2023-11-16, 71, Demografiförändringar och framtida vårdbehov (DRNÖ 2023-00166).

⁶⁵ Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, § 75, Förslag strukturell omställning Skaraborgs Sjukhus (SKAS 2023-00315).

Den 27 september fastställde operativa hälso- och sjukvårdsnämnden uppdrag för 2024 till samtliga sjukhusstyrelser. I förlängningen av beslutet om akutmottagningen i Lidköping beslutade nämnden bland annat om ett tillägg till uppdraget:

- att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ska medverka till att en närakut med tillgång till lab- och röntgen etableras vid Skaraborgs Sjukhus Lidköping
- att nämnden efter dialog med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ska återkomma i en tilläggsbudget med förslag på ytterligare resurser för prehospital vård i Skaraborg.

Vid sammanträdet den 18 oktober beslutade operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att utifrån de utbudspunktsförändringar som nu är under genomförande, tilldela styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ett omställningsbidrag för prehospital vård om 3 miljoner kronor för kompensatoriska åtgärder under 2024.⁶⁶

⁶⁶ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-10-18, § 280, Omställningsbidrag prehospital vård 2024 till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (OSN 2023-01962).

Det kommunala ansvarssystemet

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

Regionfullmäktige 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 regionfullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Regionstyrelsen 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 regionfullmäktige 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 revisionsred i kommunal verksamhet. God revisionsred formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god revisionsred 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 revisionsred i kommunal verksamhet.

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

Till regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Sjukhusen i väster samt de delregionala nämnderna

Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården (REV 2023-00096)

Revisionen har granskat omställningen av hälso- och sjukvården. Granskningen har omfattat regionstyrelsen, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Närhälsan samt styrelsen för Sjukhusen i väster.

Syftet med granskningen var att bedöma om Västra Götalandsregionen under 2023 haft en ändamålsenligt utformad organisering och styrning för att uppdraget avseende omställning av hälso- och sjukvården ska kunna implementeras och genomföras i enlighet med regionfullmäktiges beslut om förnyad strategi.

Revisionens bedömning är att granskade nämnder och styrelser har en i huvudsak ändamålsenlig organisering, styrning och uppföljning av sitt arbete med omställningen. Vi ser dock behov av en ökad genomförandetakt och samordning i omställningen, och vi lämnar därför två rekommendationer till regionstyrelsen.

Vi rekommenderar regionstyrelsen att

- säkerställa samverkan mellan berörda aktörer för ökad genomförandekraft i omställningen av hälso- och sjukvården
- se till att regionens styrmodeller i övrigt verkar i en riktning som tydligt gynnar omställningen av hälso- och sjukvården.

Revisionen uppmanar granskade nämnder och styrelser att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Revisionsrapporten översänds för yttrande till regionstyrelsen samt för kännedom till övriga granskade nämnder och styrelser, regionfullmäktiges presidium samt de delregionala nämnderna.

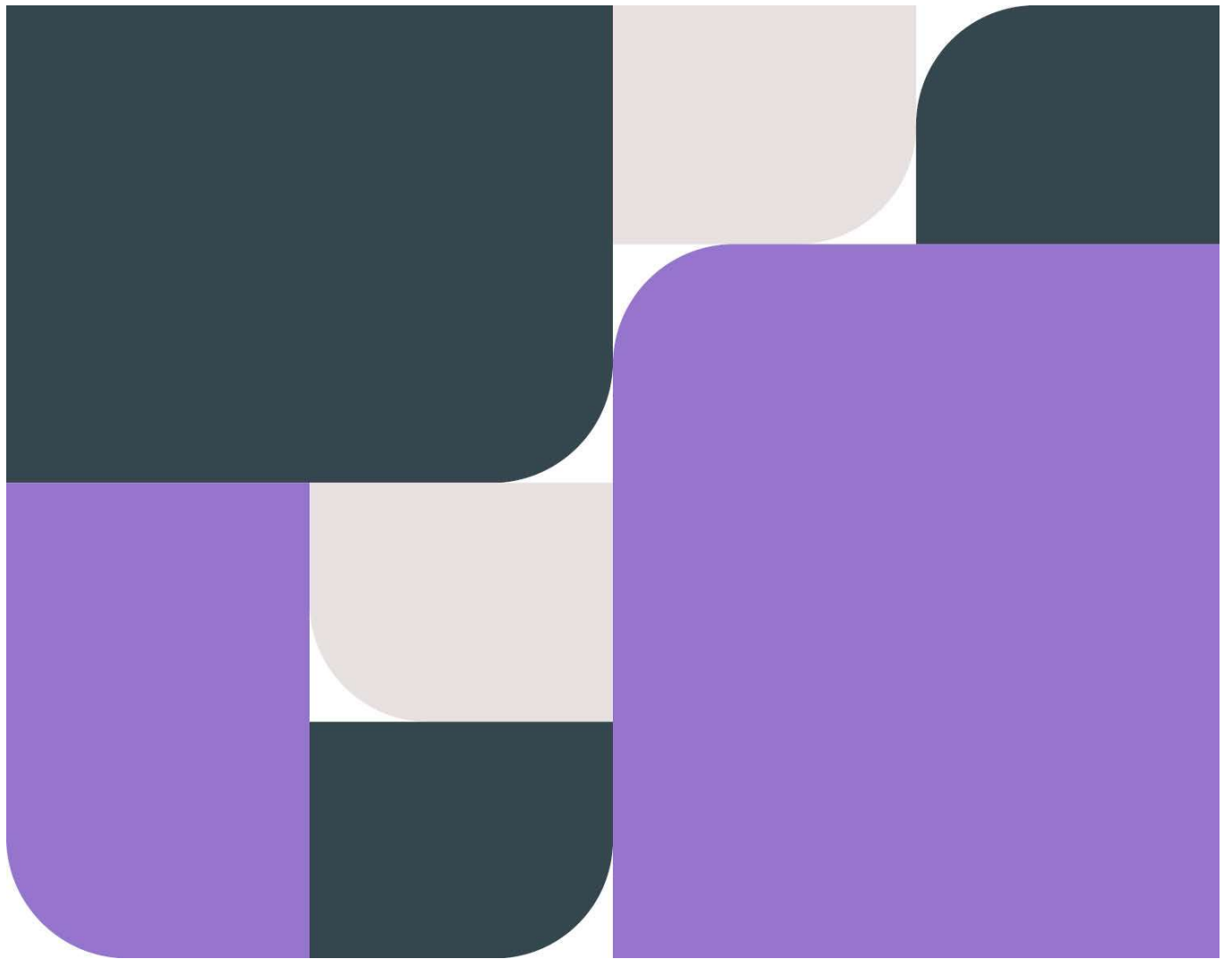
Vi önskar regionstyrelsens yttrande senast den 31 maj 2024. Det ska framgå av yttrandet vilka åtgärder ni har vidtagit eller planerar att vidta med anledning av revisionens rekommendationer. Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

Vänersborg den 24 januari 2024

För revisorskollegiet,

Krister Stensson,
ordförande

Vivi-Ann Nilsson,
vice ordförande



Revisionsrapport
2024-01-24

Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården

Datum: 2024-01-24

Dokumentnamn: Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården

Diarienummer: REV 2023-00096

Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen

www.vgregion.se/revision

Innehåll

1	Läsanvisning.....	3
2	Sammanfattning.....	4
3	Utgångspunkter.....	6
	3.1 Bakgrund.....	6
	3.2 Syfte och revisionsfrågor.....	7
	3.3 Avgränsning.....	8
	3.4 Revisionskriterier.....	9
	3.5 Ansvariga nämnder och styrelser.....	9
	3.6 Metod.....	9
4	Resultat av granskningen.....	11
	4.1 Ny politisk organisation.....	11
	4.2 Förnyad strategi för omställningen.....	11
	4.3 Organisation på regiongemensam nivå (revisionsfråga 1).....	12
	4.4 Styrning och uppföljning på regiongemensam nivå (revisionsfråga 2).....	17
	4.5 Organisation på utförarnivå (revisionsfråga 3).....	33
	4.6 Styrning och uppföljning på utförarnivå (revisionsfråga 4).....	36
	4.7 Övriga iakttagelser.....	42
	4.8 Sammanfattande bedömning.....	44
	4.9 Rekommendationer.....	45
	Det kommunala ansvarssystemet.....	46
	Revisionen i korthet.....	47
	Regionen i korthet.....	48

1 Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört inom området *omställningen av hälso- och sjukvården*.

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

Rapporten riktar sig i första hand till ledamöter i de nämnder och styrelser som vi har granskat samt tjänstepersoner i förvaltningarna, 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 den granskning vi har genomfört.

*

I början av rapporten hittar du vår sammanfattning. Där får du snabbt en bild av det vi har kommit fram till i granskningen och hittar de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning, det vill säga det som ramar in granskningen. Där ser du även vilka nämnder och styrelser som omfattats av granskningen.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Där går vi igenom de iakttagelser och bedömningar vi gjort i granskningen. Sist i det avsnittet hittar du en sammanfattande bedömning samt de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den sista delen av rapporten hittar du information om det kommunala ansvarssystemet, revisionens uppdrag och Västra Götalandsregionen i stort.

2 Sammanfattning

Revisionen har granskat Västra Götalandsregionens arbete med omställningen av hälso- och sjukvården. Med omställningen av hälso- och sjukvården menas regionens arbete för att erbjuda invånarna en mer tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med högre kvalitet och större delaktighet inom ramen för befintliga resurser.

I november 2022 antog regionfullmäktige en förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården för 2023–2027. Den förnyade strategin omfattar fem delområden – nära vård, digitalisering, prioritering, kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning samt barnuppdraget. Strategin innebär en ambitionshöjning jämfört med den tidigare strategin och avsikten är att öka genomförandekraften i omställningen.

2.1 Syfte och omfattning

Syftet med granskningen var att bedöma om Västra Götalandsregionen har en ändamålsenligt utformad organisation och styrning för att omställningsuppdraget ska kunna implementeras och genomföras i enlighet med regionfullmäktiges beslut.

Granskningen omfattar

- regionstyrelsen
- strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden
- operativa hälso- och sjukvårdsnämnden
- styrelsen för Närhälsan
- styrelsen för Sjukhusen i väster.

2.2 Resultatet i korthet

Revisionens sammanfattande bedömning är att de granskade nämnderna och styrelserna till stora delar har en ändamålsenlig organisation, styrning och uppföljning av arbetet med omställningen. Regionstyrelsen, som har en samordnande funktion i regionen, behöver dock säkerställa att genomförandekraften ökar i omställningen av hälso- och sjukvården enligt regionfullmäktiges beslut. Nedan går vi igenom det viktigaste som har kommit fram i granskningen.

Granskningen visar otydligheter i implementeringen och genomförandet av omställningen, främst när det gäller ansvars- och rollfördelning mellan nämnder och styrelser. Omställningen ska genomföras decentraliserat och av berörda parter, i princip genom målstyrning. Detta skapar tolkningar och varierande angreppssätt mellan olika nivåer i organisationen liksom olika definitioner av omställningsområdenas faktiska innebörder.

Den genomförandeplan som tagits fram under året bidrar till att göra omställningsarbetet mer konkret och inriktat på aktiviteter för genomförandet redan på den regionala nivån. Revisionen konstaterar dock att nedbrytningen av genomförandeplanen till verksamheter inom hälso- och sjukvården inte är helt linjär och tydlig i nuläget. Revisionen bedömer att risken för en otydlig styrning av omställningsarbetet ökar när strukturen och begreppsanvändningen förändrats i varje steg. Från fullmäktiges strategi till strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens genomförandeplan, till koncernledning hälso- och sjukvårds verksamhetsplan och till olika former av styrdokument på styrelse- och förvaltningsnivå i verksamheterna.

Granskningen visar att regionstyrelsen inte har inrättat två beredningar med betydelse för omställningsarbetet som regionfullmäktige fastställt i styrelsens reglemente. Dessutom har koncernledning hälso- och sjukvård, med en central roll i det faktiska genomförandet av omställningen, en begränsad politisk förankring och har verkat utan uppdragshandling under närmare två år.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har inte tagit fram en regional utvecklingsplan för barns och ungas hälso- och sjukvård under 2023 enligt regionfullmäktiges beslut, utan valt att utöka avsnittet om barnuppdraget i omställningens genomförandeplan. Därutöver har benämningen på nämndens beredning för nära vård skapat otydliga förväntningar på beredningens uppgifter och mandat.

Granskningen visar även att styrelserna för Närhälsan respektive Sjukhusen i väster behandlat relativt få ärenden som direkt rör omställningen och dess delområden, och har trots i vissa fall sviktande måloppfyllelse inom omställningsarbetet inte fattat kompletterande beslut för ökad genomförandekraft.

2.3 Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisionen vid behov rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen av omställningen av hälso- och sjukvården 2023.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- säkerställa samverkan mellan berörda aktörer för ökad genomförandekraft i omställningen av hälso- och sjukvården
- se till att regionens styrmodeller i övrigt verkar i en riktning som tydligt gynnar omställningen av hälso- och sjukvården.

Revisionen uppmanar granskade nämnder och styrelser att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

3 Utgångspunkter

3.1 Bakgrund

Strategi 2017–2022

Regionfullmäktige antog 2017 en strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen¹. Strategin sträckte sig till och med 2022, och omfattade fyra övergripande områden: utveckla den nära vården, koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet, utveckla digitala vårdformer och tjänster, samt fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Strategin kompletterades senare med ett område som handlar om att barnsäkra omställningen.

Strategi 2023–2027

I mars 2022 tog den dåvarande hälso- och sjukvårdsstyrelsen initiativ till en uppdatering av strategin, och efter en bred remissrunda fastställde regionfullmäktige den 29 november en förnyad strategi för perioden 2023–2027.² Fyra av de övergripande områdena kvarstod och kvalitetsdriven verksamhetsutveckling kompletterades med kompetensförsörjning, medan omställningsområdet koncentration utgick med hänvisning till att insatser inom det området fortgår i ordinarie strukturer. I stället tillkom ett omställningsområde kring hälso- och sjukvårdens prioriteringar.

Västra Götalandsregionens strategi för omställningen av hälso- och sjukvården 2023–2027 omfattar därmed fem delområden:

- nära vård
- prioritering
- digitalisering
- kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning
- barnuppdraget

Den förnyade strategin, som ska kompletteras med regionövergripande planer för genomförandet, är just nu Västra Götalandsregionens enda måldokument för hälso- och sjukvården³.

¹ Regionfullmäktige 2017-05-16, § 83, Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen (RS 2017-02037).

² Regionfullmäktige 2022-11-29, § 236, Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027 (RS 2022-04772).

³ Västra Götalandsregionen har under den granskade perioden totalt fyra måldokument som anger mål som ska bidra till att uppfylla visionen 'Det goda livet': Kulturstrategi 2020–2023, Regional utvecklingsstrategi 2021–2030, Trafikförsörjningsprogram 2021–2025 samt Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården 2023–2027.

Tidigare granskning

Revisionen granskade 2019 styrningen av omställningsarbetet inom Västra Götalandsregionen⁴. Den sammanfattande bedömningen var att arbetet styrts och organiserats på ett ändamålsenligt sätt avseende utveckling, pilotverksamhet och utredning. Den kommande fasen av breddinförande och faktiskt genomförande behövde mötas av en uppdaterad styrning på politisk nivå och på förvaltningsnivå.

Dessutom genomfördes från slutet av 2018 till slutet av 2020 ett av hälso- och sjukvårdsdirektören beställt följeforskningsprojekt i samarbete mellan stiftelsen Leading Health Care och Centre for Healthcare Improvement vid Chalmers. I slutrapporten⁵ lämnades en rad rekommendationer kring aspekter som borde behållas och områden där man ansåg att utvecklingsarbetet behövde förstärkas (styrssystem, former för uppföljning, kontinuitet och patient-/brukarperspektivet).

Revisionens riskanalys

När den förnyade strategin trädde i kraft den 1 januari 2023 inleddes samtidigt en ny mandatperiod med en ny politisk organisation och en ny styrmodell inom hälso- och sjukvårdsområdet. Ett exempel på förändring i styrningen är att tidigare vårdöverenskommelser mellan beställarnämnder och utförarstyrelser inför 2024 ska ersättas av ensidiga uppdrag från en nyinrättad operativ hälso- och sjukvårdsnämnd.

Revisionen ser en risk att implementering och genomförande av omställningen inte går tillräckligt snabbt, och inte ger tillräckliga eller ändamålsenliga effekter. Mycket talar för att en stor del av den period som strategin avser kommer att präglas av svåra ekonomiska förutsättningar – för Västra Götalandsregionen i stort och inte minst för sjukhusstyrelserna. Om önskade effekter av omställningen uteblir eller försenas kan det medföra negativa konsekvenser för Västra Götalandsregionens invånare och deras tillgång till en god, jämlik och säker hälso- och sjukvård.

3.2 Syfte och revisionsfrågor

3.2.1 Syfte

För den granskning revisionen genomfört under 2023 är syftet att bedöma om Västra Götalandsregionen har en ändamålsenligt utformad organisering och styrning för att uppdraget avseende omställning av hälso- och sjukvården ska kunna implementeras och genomföras i enlighet med regionfullmäktiges beslut om förnyad strategi.

Enligt Regional rutin, sammanhållen struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen kallas dessa dokument vanligtvis strategier, men tillhör handlingstyp 'Måldokument'.

⁴ Västra Götalandsregionen, Granskning av styrningen av omställningsarbetet (REV 2019-00188).

⁵ Om en Omställning. Rapport från ett följeforskningsuppdrag om hälso- och sjukvårdsutveckling i Västra Götalandsregionen. Leading Health Care och Centre for Healthcare Improvement, december 2020 (HS 2018-00617).

3.2.2 Revisionsfrågor

I granskningen avser revisionen att besvara följande revisionsfrågor:

- 1 Har regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden utformat en ändamålsenlig organisation på regiongemensam nivå, som ger förutsättningar för att omställningen av hälso- och sjukvården kan genomföras i enlighet med den förnyade strategin?
- 2 Har regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden utformat styrning och uppföljning på regiongemensam nivå, som ger förutsättningar för att omställningen av hälso- och sjukvården kan genomföras i enlighet med den förnyade strategin?
- 3 Har styrelsen för Sjukhusen i väster och styrelsen för Närhälsan utformat en ändamålsenlig organisation inom respektive förvaltning, som ger förutsättningar för att omställningen av hälso- och sjukvården kan genomföras i enlighet med den förnyade strategin?
- 4 Har styrelsen för Sjukhusen i väster och styrelsen för Närhälsan utformat styrning och uppföljning inom respektive förvaltning, som ger förutsättningar för att omställningen av hälso- och sjukvården kan genomföras i enlighet med den förnyade strategin?

3.3 Avgränsning

Västra Götalandsregionens arbete för att ställa om hälso- och sjukvården med utgångspunkt och stöd i den tidigare strategin har pågått i ungefär sex år, och kommer av allt att döma vara långsiktigt. Revisionen avser att följa arbetet under hela mandatperioden för att ha en möjlighet att granska exempelvis utfall, måluppfyllelse och effektivitet i genomförda insatser. Under 2023 har granskningen fokuserat på organisering, styrning och uppföljning av omställningsarbetet.

Regiongemensam nivå

De politiska organ som förväntas etablera organisation och styrning på regiongemensam nivå är regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden samt operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Utförarnivå

För att under detta första år med förnyad strategi även få exempel på hur några utförarstyrelser organiserat sitt arbete med omställningen – och samtidigt en bild av om och hur den regiongemensamma styrningen av omställningen når dessa styrelser – har granskningen även innefattat styrelsen för Sjukhusen i väster (sjukhusvård) och styrelsen för Närhälsan (primärvård inom vårdvalen för rehab respektive vårdcentral).

3.4 Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I den här granskningen utgår vi från följande revisionskriterier:

- Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30)
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (dnr RS 2019–02491 för perioden 1 januari–30 juni; dnr RS 2022-03751 för perioden från 28 november)
- Budget 2023 samt plan för ekonomin år 2024–2025 för Västra Götalandsregionen (dnr RS 2022–06050)
- Reglemente för regionstyrelsen, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för styrelsen för Sjukhusen i väster, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Reglemente för styrelsen för Närhälsan, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (dnr RS 2022–04772)

3.5 Ansvariga nämnder och styrelser

Med hänvisning till ovanstående diskussion om granskningens syfte och avgränsningar har granskningen under 2023 omfattat

- regionstyrelsen
- strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden
- operativa hälso- och sjukvårdsnämnden
- styrelsen för Närhälsan
- styrelsen för Sjukhusen i väster.

3.6 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys och intervjuer. Utöver de dokument som anges som revisionskriterier ovan har bland annat följande dokument gått igenom och, i de fall de ansetts relevanta för granskningen, analyserats i relation till kriterierna:

- Detaljbudget 2023 samt delårsbokslut per april och per augusti för de granskade nämnderna
- Samtliga protokoll från sammanträden med de granskade nämnderna under 2023

Intervjuer har genomförts med

- regiondirektörens ledningsstöd med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor
- hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör, tillika ansvarig tjänsteperson för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, tillsammans med ledningsstöd
- hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektör, tillika ansvarig tjänsteperson för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, tillsammans med ledningsstöd
- avdelningschef specialiserad vård, läkemedel och medicintekniska produkter
- avdelningschef primärvård och regionövergripande verksamheter
- primärvårdsdirektör, Närhälsan
- sjukhusdirektör, Sjukhusen i väster

4 Resultat av granskningen

Resultatredovisningen inleds med två centrala beslut av regionfullmäktige – om ny politisk organisation och om förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården. Därefter redovisas de fyra revisionsfrågorna.

4.1 Ny politisk organisation

Den 1 januari 2023 infördes en ny politisk organisation i Västra Götalandsregionen. Detaljerna framgår framför allt av regionfullmäktiges beslut den 12 april 2022⁶ om 'Detaljutförning av Västra Götalandsregionens politiska organisation 2023 till 2027', och i de reglementen för samtliga nämnder och styrelser som fullmäktige fastställde den 29 november 2022.⁷

Revisionen har under 2023 genomfört en fördjupad granskning av den nya politiska organisationen (REV 2023–00094), och hänvisar till den för ytterligare diskussion kring nämnders och styrelser ansvar och roller i regionens hälso- och sjukvårdssystem.

4.2 Förnyad strategi för omställningen

En del i regionfullmäktiges beslut var att den förnyade strategin ska ha ett tydligt fokus på ökat *genomförande av omställningens intentioner*. I den genomförandeplan⁸ som strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde i maj förstärktes att digital teknik ska göra det möjligt att bedriva vård nära patienten, oavsett fysisk plats eller tid, och att utvecklingen av digitala tjänster behöver prioriteras för de områden där digitalisering kan göra mest nytta och som möjliggör mer vård utan ökad efterfrågan och resursåtgång. I en bilaga till genomförandeplanen beskrevs *effektmål* och *indikatorer* per delområde.

Mellan strategin och genomförandeplanen gjordes några detaljförändringar, som att ordningen på de fem delområdena ändrades men också att området *Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning* delades i två för att möjliggöra koppling till separata effektmål. I regionfullmäktiges strategi används begreppet *vårdcentral* vid flera tillfällen, bland annat om att vårdcentralerna är den självklara ingången för patienterna till hälso- och sjukvården. Begreppet återfinns inte alls i genomförandeplanen eller bilagan; där används den formulering som exempelvis regionfullmäktige anger i sina prioriterade mål: '*Primärvården är den självklara ingången ...*'.

⁶ Regionfullmäktige 2022-04-12, § 66, Politisk organisation för mandatperioden 2023–2027 (RS 2022–01294).

⁷ Regionfullmäktige 2022-11-29, § 240, Reglementen för nämnder och styrelser 2023–2026 samt justering av tidigare beslut om politisk organisation (RS 2022–04495).

⁸ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnd 2023-05-17, § 61, Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården (SSN 2023–00364).

I bilagan till genomförandeplanen lades *digitaliseringen in som raster* i övriga delområden, då den beskrevs som ett verktyg för verksamhetsutveckling som syftar till att möjliggöra de andra områdena.

Förändringarna i strukturen mellan strategin och genomförandeplanen kan enligt genomförda intervjuer bero på att dokumenten är framtagna inom ramen för olika politiska organisationer samt före och efter en organisationsförändring inom Koncernkontoret. Båda dokumenten har också enligt intervjuerna arbetats fram under viss tidspress – strategin med en politisk intention att beslutet skulle fattas av det nyvalda fullmäktige före årsskiftet och gälla från den 1 januari, och ett politiskt tryck både på och från nyinrättade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att ta fram en genomförandeplan under våren som kunde ge kraft och fart i omställningsarbetet.

4.3 Organisation på regiongemensam nivå (revisionsfråga 1)

4.3.1 Regionstyrelsen

Regionstyrelsen har en förändrad roll i den nya politiska organisationen, i första hand genom inrättandet av en strategisk hälso- och sjukvårdsnämnd. Regionstyrelsen ska fortsatt utöva ägarskapet över Västra Götalandsregionens verksamheter i egen regi. Styrelsen har uppsiktsplikt över den samlade verksamheten och ett samordningsansvar som bland annat syftar till att säkerställa genomförande av måldokument och strategiska planer inom ramen för god ekonomisk hushållning samt att säkerställa att nämnder och styrelser vid behov vidtar åtgärder.

Den 14 juni 2022 utsåg regionstyrelsen ny regiondirektör⁹, som tillträdde den 1 oktober 2022. Regiondirektören leder och samordnar regionens förvaltningar och bolag, och har styrelsens uppdrag att övergripande ansvara för samordning, ledningssystem och att politiska beslut genomförs. Regiondirektören är förvaltningschef för regionstyrelsens förvaltning, Koncernkontoret. I den rollen ingår ett samordningsansvar för tjänstepersoner för de nämnder och regionfullmäktige som får sitt tjänstepersonstöd från Koncernkontoret.¹⁰

Utskott

Enligt reglementet ska regionstyrelsen ha tre utskott – ägarutskott, personalutskott och hållbarhetsutskott. De tre utskotten utsågs av regionstyrelsen den 25 oktober 2022 och uppgiftsbeskrivningar fastställdes den 13 december.¹¹

⁹ Regionstyrelsen 2022-06-14, § 173, Utnämning av ny regiondirektör (RS 2022-02828).

¹⁰ Regionstyrelsen 2023-02-21, § 37, Instruktion för regiondirektören (RS 2022-06090).

¹¹ Regionstyrelsen 2022-10-25, §§ 312-314, Val av ledamöter i utskotten (RS 2022-04749,) samt 2022-12-13, § 372, Beslut om uppgiftsbeskrivningar (RS 2022-05601).

Ägarutskottet har en viktig roll i flera delar av omställningsarbetet, då utskottet på regionstyrelsens uppdrag svarar för den regiongemensamma ägarstyrningen av övriga styrelser och nämnder, uppsiktsplikten, regiongemensam verksamhets- och ekonomistyrning, investeringar samt samordning av verksamheter i egen regi.

Beredningar

Enligt reglementet ska regionstyrelsen också inrätta fyra beredningar – för hållbar utveckling, för mänskliga rättigheter, för sammanhållen hälso- och sjukvård samt en digitaliseringsberedning.

De två beredningar som kan väntas ha mest inverkan på hälso- och sjukvårdsområdet och omställningen – beredningen för sammanhållen hälso- och sjukvård och digitaliseringsberedningen – är inte inrättade. Enligt genomförda intervjuer har den aktuella dialogen via Västkom avbrutits på grund av ett begränsat intresse från kommunerna för en gemensam beredning, som enligt utredningen bakom den nya organisationen skulle ha beredningen för hållbar utveckling som modell. Det politiska samrådsorganet SRO, en gruppering för att hantera samverkans- och ansvarsfrågor mellan Västra Götalandsregionen och länets kommuner, finns dock kvar.

Digitaliseringsberedningen har av publicerade handlingar att döma inte genomfört sina två sista planerade sammanträden i november och december 2022, och har inte fått förlängt mandat för innevarande mandatperiod. Digitaliseringen är en av grundstenarna i omställningen av hälso- och sjukvården, och ett av fem delområden i strategin.

Regiondirektörens uppdrag och ansvar

Av regionstyrelsens instruktion¹², framgår att regiondirektören ska se till att det finns ledningsstrukturer för samordningen av Västra Götalandsregionens samtliga verksamheter. Regiondirektören har exempelvis ett 'övergripande ansvar för att beredning och samverkan sker med länets kommuner i frågor på regional nivå som är av gemensam betydelse för att utveckla ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem'.

Den 18 oktober 2022 gav regionstyrelsen presidiet och regiondirektören i uppdrag att, i samverkan med kommunernas representanter, förbereda inrättandet av beredningen för sammanhållen hälso- och sjukvård¹³. Som framgår ovan är diskussionerna med kommunerna via Västkom i denna fråga inte aktiva. Att den beredning som både regionfullmäktige och regionstyrelsen efterfrågat inte kunnat inrättas, sätter extra fokus på regiondirektörens övergripande ansvar i utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

¹² Regionstyrelsen 2023-02-21, § 37, Instruktion för regiondirektören i Västra Götalandsregionen (RS 2022-06090).

¹³ Regionstyrelsen 2022-10-18, § 298, Avrapportering av uppdrag i samband med beslut om ny politisk organisation (RS 2022-04547).

Koncernledning hälso- och sjukvård

Koncernledning hälso- och sjukvård leds av regiondirektören och ansvarar för strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor som berör hela Västra Götaland och för de verksamheter som drivs av regionen.

Utöver regiondirektören ingår förvaltningscheferna för sjukhusförvaltningar, Regionhälsan, Närhälsan, Folk tandvården och Habilitering & Hälsa, Hälsan och stressmedicin, digitaliseringsdirektör, HR-direktör, kommunikationsdirektör, direktör för fastighet, stöd och service, patientnämndernas kansli samt hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör och hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektör.

I december 2016 fastställde regiondirektören en uppdragshandling för gruppen¹⁴. Uppdragshandlingen gällde i fem år, till och med november 2021, och sedan dess har koncernledningsgrupp hälso- och sjukvård inte haft något formellt uppdrag förrän regiondirektören den 27 oktober 2023 fastställde en ny handling¹⁵. Nu utgör gruppen koncerngemensam ledning inom hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, och ger stöd till regiondirektören i koncernövergripande frågor inom området. Gruppens huvudsakliga uppdrag är att initiera, driva och följa upp det koncerngemensamma arbetet inom ansvarsområdet utifrån beslutade strategier och budget för Västra Götalandsregionen.

Beslut fattas i kraft av de mandat som respektive deltagare har – regiondirektören utifrån verkställighet av regionstyrelsens samordningsansvar, eller att var och en i gruppen via sina beslutsmandat i hemmaförvaltningen tar beslut i enlighet med vad gruppen kommit överens om.

Koncernledning hälso- och sjukvård möts månadsvis och det förs anteckningar som innehåller informationspunkter och enstaka 'ställningstaganden'. På ovan nämnda webbplats har inga anteckningar publicerats sedan maj 2023.

4.3.2 Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden är regionens ledande hälso- och sjukvårds-politiska organ och arbetar med strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor ur ett invånar- och regionövergripande perspektiv med fokus på invånarnas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård. Regiondirektören utsåg den 22 december 2022 hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören till ansvarig tjänsteperson för nämnden.¹⁶

¹⁴ Regiondirektörens verkställighetsbeslut 2016-12-07, Uppdragshandling för koncernövergripande grupp, Koncernledning hälso- och sjukvård (RS 2016-05203).

¹⁵ Regiondirektörens verkställighetsbeslut 2023-10-27, Uppdragshandling för koncernövergripande grupp, Koncernledning hälso- och sjukvård (RS 2023-05438).

¹⁶ Regiondirektörens delegeringsbeslut 2022-12-22, Ansvarig tjänsteperson för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2022-05688).

Beredningar

Den 22 juni inrättade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden en beredning för nära vård.¹⁷ Beredningens uppdrag utgår från den förnyade strategin för omställningen, med särskilt beaktande av området nära vård. Beredningen ska bereda ärenden till båda hälso- och sjukvårdsnämnderna, så att de effekter som behöver uppnås i omställningsarbetet realiserar och att rapportering sker till båda.

Beredningens mandatperiod sträcker sig från september 2023 till januari 2025, och en majoritet av ledamöterna i beredningen kommer från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden – övriga från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

Den 9 augusti utsåg regiondirektören hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören till ansvarig tjänsteperson även för beredningen.¹⁸

Beredningen för nära vård har sammanträtt sex gånger sedan den tillträdde i början av september, och för nästkommande år har beredningen bokat åtta sammanträden.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har även inrättat en beredning för psykisk hälsa.

Referensgrupp

I samband med att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde genomförandeplanen för omställningen den 17 maj, utsåg man en politisk referensgrupp för arbetet med kommande revideringar av planen.

4.3.3 Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

Den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att ge uppdrag till den egna verksamheten, ingå avtal med privata utförare och fördelning av nämndens budget till utförarna inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och tandvården i Västra Götaland. Regiondirektören utsåg den 22 december 2022 hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören till ansvarig tjänsteperson för nämnden.¹⁹

Beredning

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden är involverade i den beredning för nära vård som beskrivs ovan och som formellt inrättats av strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

¹⁷ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-22, § 79, Inrättande av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för nära vård (SSN 2023-00482).

¹⁸ Regiondirektörens delegeringsbeslut 2023-08-09, Ansvarig tjänsteperson för strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för nära vård (RS 2022-05688).

¹⁹ Regiondirektörens delegeringsbeslut 2022-12-22, Ansvarig tjänsteperson för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2022-05688).

Övrigt

Utöver den gemensamma beredningen med strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden ovan har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden inte inrättat några utskott eller beredningar, eller fattat andra organisatoriska beslut under den granskade perioden.

Nämnden har ett omfattande uppdrag och har exempelvis tagit över ansvaret för ett tusental överenskommelser och avtal från framför allt de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna. För att hinna med och ge ledamöterna chansen att sätta sig in i ärendena, har nämnden enligt genomförda intervjuer diskuterat just att inrätta särskilda beredningar. Arbetsbördan följs och hanteras framför allt inom ramen för arbetet med intern kontroll, bland annat genom anonyma digitala enkäter efter varje sammanträde.

4.3.4 Bedömning, organisation på regiongemensam nivå (revisionsfråga 1)

Regionstyrelsen

Revisionen bedömer att det finns en diskrepans mellan önskad och verklig organisation för regionstyrelsen, och en otydlighet i kommunikationen av detta.

Regionstyrelsen har inte inrättat beredningen för sammanhållen hälso- och sjukvård och digitaliseringsberedningen i enlighet med sitt reglemente. Däremot redovisade styrelsen i både delårsrapport per april och per augusti att beredningarna fanns, och i Detaljbudget 2024²⁰ nämner regionstyrelsen alla fyra beredningarna. När denna rapport ställs samman i slutet av december beskrivs på regionens webbplats²¹ att det övergripande samrådet med länets kommuner i frågor som är av gemensam betydelse för att utveckla ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem sker i beredningen för sammanhållen hälso- och sjukvård (BHS).

Revisionen gör vidare bedömningen att koncernledning hälso- och sjukvård har en central roll i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdssystem och därmed i omställningen, och att den enligt genomförda intervjuer ökat i betydelse under senare tid. Det gör det än viktigare med en tydlighet, samordning och transparens och gör avsaknaden av uppdragshandling under närmare två år extra problematisk. Revisionen noterar att regiondirektören nu fastställt en sådan handling.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisionen bedömer att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden under den granskade perioden tagit erforderliga steg för att forma en ändamålsenlig organisation för omställningsarbetet. Nämnden är nyinrättad och en betydande del av det första året har gått till

²⁰ Regionstyrelsen 2023-11-21, § 247, Regionstyrelsens detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 (RS 2023–05054).

²¹ Länk till webbplatsen *Politisk organisation*.

att ta fram och besluta om en genomförandeplan för omställningen under våren och en reviderad version under hösten.

Inrättandet av en politisk beredning för att arbeta med frågan om en ny vårdvalsmodell synes rimlig utifrån strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag, men som diskuteras mer i avsnittet om nämndens styrning och uppföljning nedan kan benämningen *nära vård* ha bidragit till viss otydlighet.

På tjänstepersonsidan ingår strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens ansvariga tjänsteperson, hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören, exempelvis i koncernledning hälso- och sjukvård som enligt revisionens bedömning har en viktig roll i det mer konkreta omställningsarbetet (se avsnitt 4.3.1 ovan).

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisionen bedömer att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har hanterat sin inre organisation i förhållande till arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården på ett rimligt sätt under den granskade perioden. Nämnden har genomfört 14 protokollförda sammanträden med totalt cirka 440 ärenden, bland annat nya uppdrag till utförarstyrelserna, Krav- och kvalitetsböcker för de båda vårdvalen samt flera omfattande ärenden om utbudspunktsförändringar, och har valt att avvakta med att inrätta eventuella beredningar eller utskott.

Ledamöternas arbetsbelastning och möjligheter att hantera den stora mängden handlingar och information i övrigt följs upp genom digitala enkäter, och revisionen fortsätter följa vilka åtgärder operativa hälso- och sjukvårdsnämnden eventuellt kommer att vidta.

På tjänstepersonsidan ingår även operativa hälso- och sjukvårdsnämndens ansvariga tjänsteperson, hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören, i koncernledning hälso- och sjukvård (se avsnitt 4.3.1 ovan).

4.4 Styrning och uppföljning på regiongemensam nivå (revisionsfråga 2)

4.4.1 Regionstyrelsen

Styrelsebeslut

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har fått regionfullmäktiges uppdrag att besluta om planer för genomförandet av strategin. Regionstyrelsen har dock fortsatt en viktig roll i all verksamhet och har inför och under den granskade perioden vidtagit en rad åtgärder för att stödja en omställning av hälso- och sjukvården.

I mars 2022 gav hälso- och sjukvårdsstyrelsen dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram förslag till *förnyad strategi för omställningen*²², och efter återrapportering i maj skickades ett förslag på remiss till berörda nämnder och styrelser. Det slutliga förslaget bereddes av regionstyrelsen som den 15 november beslutade att lämna det vidare till regionfullmäktige.²³

Regionstyrelsen fastställde sin *detaljbudget* för innevarande år den 21 februari.²⁴ Av budgeten framgår att styrelsens arbete genom uppsikt och samordning i koncernen under 2023 bland annat ska bidra till ökad tillgång till vård samt ekonomi och verksamhet i balans, med *omställningen av hälso- och sjukvården som ett verktyg*.

Den 28 mars förlängde regionstyrelsen överenskommelsen med Västra Götalands kommuner om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, att gälla även under 2024.²⁵

Riktlinjer för detaljbudgetarbete

Regionstyrelsen fastställde den 29 augusti 2023 *riktlinjer för detaljbudgetarbetet 2024–2026*.²⁶ Där uppmanades styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Sjukhusen i väster samt operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra pågående utskiftning till Kungälvssjukhus och Högsbo närsjukhus (se vidare i avsnittet 4.5.2 nedan).

Vid samma sammanträde fick regiondirektören i uppdrag att ta fram information för att underlätta för invånarna att välja rätt vårdnivå, med syfte att avlasta regionens akutmottagningar. Berörda verksamheter har under en längre tid gjort bedömningen att delar av det stora inflödet till regionens akutmottagningar kan få ett bättre omhändertagande på primärvårdsnivå.

Övriga åtgärder för styrning och uppföljning

Regionstyrelsens ansvar enligt genomförandeplanen

I genomförandeplanen förtydligas regionstyrelsens och ägarutskottets ansvar för att få till ökad genomförandekraft inom områdena nära vård och digitalisering genom 'samlade tag mellan de politiska nämnderna, utförarstyrelserna och samverkande aktörer'.

²² Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2022-03-02, § 63, Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (HS 2022-00277).

²³ Regionstyrelsen 2022-11-15, § 321, Förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (RS 2022-04772).

²⁴ Regionstyrelsen 2023-02-21, § 34, Detaljbudget för regionstyrelsen och regionfullmäktige 2023 (RS 2022-06050).

²⁵ Regionstyrelsen 2023-03-28, § 60, Förlängning av överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (RS 2023-01358).

²⁶ Regionstyrelsen 2023-08-29, § 167, Regiongemensamma riktlinjer för detaljbudgetarbetet 2024, 2025 och 2026 (RS 2023-02388).

I början av september fördelade koncernstabsledningen (Koncernkontorets ledningsgrupp) under ledning av regiondirektören ansvaret för strategisk och operativ ledning av genomförandet. Det övergripande ansvaret fick hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören och utöver det utsågs en med 'strategiskt ansvar' och en 'uppdragsansvarig' för respektive delområde. Flera intervjuade har framfört att den här fördelningen av ansvar dröjde, och att det skapat viss osäkerhet i organisationen.

Koncernledning hälso- och sjukvårds verksamhetsplan

Enligt genomförda intervjuer reviderade koncernledning hälso- och sjukvård senast i juni 2023 sin verksamhetsplan, med ett liknande upplägg som bilagan till omställningens genomförandeplan. På koncernledningens webbplats²⁷ finns inga minnesanteckningar efter maj 2023 och hänvisning till verksamhetsplan fastställd i juni 2022, vilket enligt ansvarig vid Koncernkontoret berott på tekniska problem. Verksamhetsplanen ska visa hur förvaltningarna tillsammans omhändertar politikens beslut och ger förutsättningar för att få genomförandekraft i hela organisationen. I planen används uttryck som 'vad vi lovar varandra' och 'vad vi alla står bakom'.

Koncernledning hälso- och sjukvårds verksamhetsplan rymmer fyra utvecklingsområden (jämför omställningsstrategins fyra delområden plus barnuppdraget):

- nära invånaren
- hälsofrämjande och förebyggande
- en sammanhållen hälso- och sjukvård
- ledarskap och kompetensförsörjning

I stället för de effektmål som genomförandeplanen anger per år, arbetar koncernledningsgruppen med milstolpar för 2022–2023, 2024 och 2025.

Planen pekar framåt mot 'Det goda livet och en god hälsa 2030', vilket kan ställas i relation till omställningsstrategins Vision 2028 och Västra Götalandsregionens övergripande visionsdokument 'Det goda livet', som antogs 2005 och inte är tidsatt.

I revisionens intervjuer framkommer en delvis tveeggad bild av koncernledning hälso- och sjukvård. Det finns en samstämmighet kring koncernledningens stora inflytande över utvecklingen av Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård och att regionen ska nå de högt ställda ambitionerna med omställningen, men det största frågetecknet handlar om gruppens politiska förankring.

Verksamhetsplanen lyfts fram som ett verkningfullt instrument. Någon intervjuad anser att nyckeln till mer driv i omställningen ligger i att strategin, och framför allt genomförandeplanen, kopplas mycket tydligare till planen. En annan åtgärd för ökad genomförandekraft som lyfts är att formalisera och konkretisera kopplingen till de nyligen

²⁷ Länk till webbplatsen [Koncernledning hälso- och sjukvård](#).

utsedda ansvariga för omställningens delområden med ansvariga för respektive utvecklingsområde i koncernledning hälso- och sjukvårds verksamhetsplan.

Färdplan för samverkan, men ingen beredning

Regionfullmäktige beslutade den 13 juni 2022²⁸ att för sin del ställa sig bakom Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, och därefter gjorde samtliga kommuner i Västra Götaland detsamma. I strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens inventering av måldokument, strategier och planer från juni 2023²⁹, beskrivs färdplanen som Västra Götalandsregionens samverkansstrategi med kommunerna inom omställningen av hälso- och sjukvården. Samverkansstrategin gäller från och med den 1 januari 2023 med färdriktning mot 2030.

Parallellt med arbetet kring färdplanen har Västra Götalandsregionen arbetat för att få till ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med kommunerna samt en ambition från regionfullmäktige att inrätta en beredning för ett sammanhållet hälso- och sjukvårds-system. I inget av fallen har regionen kommit överens med kommunerna – så det avtal som gällde 2020 har förlängts automatiskt, och beredningen har inte inrättats.

PM om ägarens ambitioner

Av genomförda intervjuer framgår att relationerna mellan nämnder och styrelser i den nya politiska organisationen inte varit fullt ut definierade från början, och att de inblandade aktörerna arbetar med att hitta respektive roller. Detta gäller inte minst regionstyrelsens roll när två hälso- och sjukvårdsnämnder inrättats på regiongemensam nivå, och från flera håll efterfrågas tydligare signaler från styrelsen i egenskap av ägare i regionens hälso- och sjukvårdssystem.

Den 21 november informerades regionstyrelsen om ett nytt PM från den politiska arbetsgruppen, om *ägarambition och ägarstyrning*.³⁰ Dokumentet är bland annat tänkt att ligga till grund för en ny ordning kring ägarutskottets årshjul för ärendeberedning, styrning och uppföljning. I övrigt uppfattar revisionen dokumentet som en överskådlig sammanställning av vad ägarstyrning är, eller vad arbetsgruppen önskar att det ska vara. Gruppen konstaterar bland annat att ägaren vill se en mer enhetlig verksamhet i hela regionen och för det krävs en aktiv ägare, att god budgetföljsamhet är en förutsättning för att kunna bedriva verksamhet på ett långsiktigt och effektivt sätt samt att ägaren själv måste avgöra sina målsättningar. Omställningen av hälso- och sjukvården nämns inte specifikt i arbetsgruppens PM.

²⁸ Regionfullmäktige den 13 juni 2022, § 138 (RS 2022-00968), Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård.

²⁹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 juni 2023, § 69, Inventering av måldokument, strategier och planer i Västra Götalandsregionen (SSN 2023-00400).

³⁰ Ägarutskottet 2023-11-01, § 68, Ägarambition och ägarstyrning (RS 2023-04969).

Övriga beslut

Den 21 november beslutade regionstyrelsen dessutom, mot Koncernkontorets förslag, att föreslå regionfullmäktige att bifalla en motion om mer nära vård genom ett differentierat vårdval³¹ – och den 19 december föreslog styrelsen till fullmäktige att avsluta planeringen av Wieselgrensplatsens närsjukhus³².

Regionstyrelsen hade på sitt sammanträde den 21 november ett ärende avseende strategisk plan för hälso- och sjukvårdens lokalstruktur i Västra Götalandsregionen³³. I planen, framtagen av den tidigare fastighetsnämnden, kopplas mål och strategier kring framtidens hälso- och sjukvård med den långsiktiga planering och framförhållning som är en förutsättning för lokalförsörjningen. I planen fastställs att omställningens effekter på lokaliseringen är svårbedömda, men att lokalkapaciteten kommer vara mindre än idag genom mer digital vård och även vård i mobila team. Planen noterar även att den nära hälso- och sjukvården behöver byggas ut, exempelvis närsjukhusen. I beslutsunderlagen refereras till Centrum för vårdens arkitektur³⁴ som i en rapport konstaterat att regioner i Sverige i låg grad beaktar lokalförsörjningsfrågor kopplat till omställningsarbetet.

4.4.2 Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Nämndbeslut

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden har under den granskade perioden fattat en rad beslut med anknytning till omställningsarbetet.

Detaljbudget

Den 9 februari fastställde strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden sin detaljbudget för året.³⁵ Där formulerade nämnden ett antal aktiviteter för att bidra till regionfullmäktiges prioriterade mål, exempelvis att i omställningens genomförandeplan, som vid det tillfället låg några månader framåt i tid, konkretisera genomförandet av omställningen till nära vård och genomförandet av 'den digitala transformationen' samt skapa förutsättningar för att primärvårdens roll stärks.

³¹ Regionstyrelsen 2023-11-21, § 243, Yttrande över motion av Cecilia Andersson (C) och Gunilla Druve Jansson (C) om mer nära vård genom differentierat vårdval (RS 2023-02423).

³² Regionstyrelsen 2023-12-19, § 272, Avslut av planering för Wieselgrensplatsens närsjukhus (RS 2023-02125).

³³ Regionstyrelsen 2023-11-21, § 256, Strategisk plan för hälso- och sjukvårdens lokalstruktur i Västra Götalandsregionen (RS 202204502)

³⁴ [Centrum för vårdens arkitektur](#), Chalmers tekniska högskola.

³⁵ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-02-09, § 13, Detaljbudget 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden (SSN 2023-00171).

Delårsrapporter

I delårsrapport per april³⁶ redogjorde strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden under ett flertal prioriterade mål hur man påbörjat arbetet med en genomförandeplan, och prognosen var genomgående att målen delvis skulle uppnås på helårsbasis.

I delårsrapport per augusti³⁷ redogjorde nämnden för hur året dittills präglats av arbetet med genomförandeplanen, och i rapporteringen av regionfullmäktiges prioriterade mål var prognosen fortsatt 'gul', det vill säga att målen delvis skulle uppnås.

Beslut om genomförandeplan

Arbetet med en genomförandeplan kopplad till strategin för omställningen har enligt genomförda intervjuer varit en central del av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens arbete sedan starten den 1 januari. Vid sammanträdet den 17 maj fastställde nämnden planen³⁸ (se avsnitt 4.2), och gav samtidigt hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att senast i november ta fram förslag på revidering inklusive bilaga med fokus på att utveckla indikatorer och arbetssätt för uppföljningen.

Bland nämndens totalt åtta beslutspunkter angavs utöver uppdraget om förslag till revidering i november 2023, även ett uppdrag att lämna förslag på uppdatering av planen senast april och oktober varje år. Dessutom anges i själva planen en årlig revidering. Av intervju med berörda tjänstepersoner framgår att delar av genomförandeplanen skulle ses över i november 2023, vilket kan kompletteras med en större genomgång i april då även effektmålen revideras.

För ökat politiskt inflytande utsåg strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden en politisk referensgrupp för arbetet med kommande revideringar av genomförandeplanen. Av handlingarna inför nämndens sammanträde den 9 november med förslag till revidering, framgick att Koncernkontoret berett ärendet i samråd med referensgruppen.

I samband med att genomförandeplanen fastställdes fick hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att fortlöpande återrapportera genomförandet av arbete inom delområdena. Av genomförd intervju framgår att denna återrapportering ska ske under den stående punkten 'Information från hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören'.

I protokoll från strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden sedan beslutet om fortlöpande återrapportering förekommer punkten 'Aktuellt från omställningens

³⁶ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 60, Delårsrapport april 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden (SSN 2023-00171).

³⁷ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-22, § 104, Delårsrapport augusti 2023 för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden (SSN 2023-00171).

³⁸ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 61, Genomförandeplan 2023-2027 för omställningen av hälso- och sjukvård (SSN 2023-00364).

områden' vid två tillfällen, i augusti och november³⁹. Punkten nämns inte i samband med nämndens sammanträden i juni, september (extra sammanträde), oktober och december.

I samband med att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde genomförandeplanen för omställningen beslutade man 'att överlämna planen till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att ha som utgångspunkt för uppdrag till utförarstyrelser, utformning av krav- och kvalitetsböcker och avtal med privata vårdgivare'.

Utvecklingsplan för barns och ungas hälso- och sjukvård

I regionfullmäktiges strategi för omställningen av hälso- och sjukvården är avsnittet om barnuppdraget kortfattat – sex rader och totalt 47 ord. Där framgår att 'en regional utvecklingsplan för barns och ungas hälso- och sjukvård ska tas fram med utgångspunkt i barns, ungas och närståendes behov. Planen ska stödja utvecklingen inom omställningen och följa upp kvalitetsindikatorer, genomförande och effekt för målgruppen'.

I strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens genomförandeplan är avsnittet om barnuppdraget i stort sett lika kort, och det anges att effekten på kort sikt ska bli att en *gemensam plattform* för utvecklingsarbete för barn och unga ska vara etablerad. I den mer detaljerade bilagan med aktiviteter preciseras att en *handlingsplan* för kunskaps- och kompetensbehov samt en regional utvecklingsplan för barn och unga ska tas fram under 2023. Under perioden 2024–2025 ska denna plan omhändertas i förfrågningsunderlag (vårdvalen) och uppdrag.

I maj skrev Koncernkontoret ett tjänsteutlåtande till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, där man beskrev vikten av en gemensam målbild för att kunna fatta välgrundade beslut inom området, och påminde om omställningsstrategin där regionfullmäktige slagit fast att en regional utvecklingsplan för barn och unga ska tas fram. Förslaget till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden var att *uppmåna* strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att *skyndsamt* ta fram en sådan plan. Vid sitt sammanträde den 17 maj valde operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att återremittera ärendet⁴⁰ med motiveringen att förvaltningen skulle återkomma med information om pågående arbete. Vid nästkommande sammanträde den 8 juni fick nämnden en muntlig sådan och beslutade att notera informationen.⁴¹

Med hänvisning till att nämnden den 22 juni beslutade om en återhållsamhet med att ta fram nya planer och strategier (se Inventering nedan) samt att omställningsstrategin och genomförandeplanen har ett särskilt område för barn och unga, föreslog Koncernkontoret

³⁹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-08-31, § 100, respektive 2023-11-09, § 171, Information från hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören.

⁴⁰ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 121, Regional utvecklingsplan för barn och unga (OSN 2023-01942).

⁴¹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-08, § 169, Regional utvecklingsplan för barn och unga (OSN 2023-01942).

inför strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde i oktober en större *revidering av området i genomförandeplanen i stället för att ta fram en ny plan.*

I samband med en muntlig information om arbetsprocess och översiktlig beskrivning av de förändringar som kommer att föreslås, ställde sig strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 4 oktober bakom den föreslagna hanteringen⁴². Vid sammanträdet den 9 november beslutade nämnden om en reviderad genomförandeplan med bilaga.⁴³ I genomförandeplanen är avsnittet om barnuppdraget utökat, och angivna effekter på både kortare och längre sikt är fler. Även i bilagan är avsnittet utökat och strukturen för effektmål modifierad. I övrigt består revideringen främst av komplettering av indikatorer kring kontinuitet, patienters delaktighet, hälsofrämjande arbete samt barn.

Uppföljning av genomförandeplanen

Av handlingarna inför strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 9 november framgick att Koncernkontoret avser att senast i början av mars 2024 ge nämnden en samlad uppföljning och analys av hela genomförandeplanen, 'med fokus på och bedömning av om hälso- och sjukvårdssystemet förflyttar sig i önskad riktning'. Uppföljningen ska ligga till grund för den årliga revideringen av genomförandeplanen i april och kompletteras med dels operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av uppdrag, dels underlag från de delregionala nämndernas dialoger.

Inventering

När strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 juni fick en presentation av genomförd inventering av måldokument, strategier och planer för hälso- och sjukvården, ställde sig nämnden bakom Koncernkontorets förslag till inriktning för fortsatt arbete med strategier och planer.⁴⁴ Åtminstone tre av punkterna berör arbetet med omställningen:

- Befintliga planer och kommande initiativ bör tydligare relatera till och inkluderas i strategi för omställningen av hälso- och sjukvården samt genomförandeplanen.
- Fokus för det fortsatta arbetet bör vara genomförande av strategi för omställningen. Återhållsamhet med att ta fram nya planer och strategier är viktigt.

⁴² Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-10-04, § 142, Revidering av området barn och unga i genomförandeplan för omställningen av hälso- och sjukvården (SSN 2023-00364).

⁴³ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-11-09, § 158, Revidering av genomförandeplan 2023-2027 för omställningen av hälso- och sjukvård (SSN 2023-00364).

⁴⁴ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-22, § 69, Inventering av måldokument, strategier och planer för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (SSN 2023-00400).

- Överväg komplettering av strategi för omställningen med heltäckande plan för hälso- och sjukvården, inkluderande framtida dimensionering, funktioner och lokalisering

Förändringsledningsplan

Den 12 juli fastställde hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören en förändringsledningsplan för hälso- och sjukvårdens digitalisering.⁴⁵

Förstärkt genomförande av omställningen på kort sikt

I samband med att strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i juni ställde sig bakom Koncernkontorets förslag till inriktning för det fortsatta arbetet med strategier och planer, fick hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att återkomma med förslag på struktur och process för detta arbete. Inför nämndens sammanträde den 7 december presenterade direktören ett sådant förslag, där de huvudsakliga temana var att inkludering av nya initiativ och återhållsamhet med nya planer behöver prövas utifrån principen 'omställningen först', och att strategin för omställningen inklusive genomförandepånen är den överordnade inriktningen för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden tog inte explicit ställning till förslaget, utan noterade direktörens information. Utöver detta beslutade nämnden bland annat att ge hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att påbörja arbetet med förstärkning av genomförandet av omställningen.⁴⁶

I ett annat ärende vid samma sammanträde beslutade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att ge hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören i uppdrag att till sammanträdet den 29 februari 2024 redovisa bakgrund och beskriva nuläge inom de områden som behöver tas om hand på kortare sikt i arbetet med en förstärkning av genomförandet av omställningen.⁴⁷ Av tjänsteutlåtandet framgick att detta handlar om operativa hälso- och sjukvårdsnämndens möjligheter att utföra en av sina uppgifter enligt reglementet – att realisera och konkretisera måldokument och strategiska planer från strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i bland annat uppdrag till utförare i egenregi och avtal med externa vårdgivare. Som exempel nämns i tjänsteutlåtandet närsjukhus, närakuter och mobila team.

Uppdrag till delregionala nämnder

Eftersom det under det första halvåret rått osäkerhet kring vilka underlag strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden förväntar sig av de delregionala nämnderna och vad dessa nämnder ska ta fram 'som är av vikt för strategiska hälso- och sjukvårds-

⁴⁵ Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektörens verkställighetsbeslut 2023-07-12, Förändringsledningsplan Hälso- och sjukvårdens digitalisering (RS 2023-03709).

⁴⁶ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-12-07, § 181, Struktur och process för nämndens arbete med strategiska planer (RS 2023-00400).

⁴⁷ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-12-07, § 182, Förstärkt genomförande av omställningen på kort sikt (RS 2023-00798).

nämnden', presenterade rödgrön ledning ett initiativärende till sammanträdet den 22 juni. Uppdraget till hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören blev att återkomma med förslag i frågan.⁴⁸

När strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden tog upp ärendet i augusti konstaterade man, att för att få ytterligare genomslag av omställningen behöver nämnden särskilt säkerställa att genomförandet inom områdena nära vård och digitalisering går i takt. Utifrån de delregionala nämndernas roll och ansvar är deras erfarenheter och inspel kring vård-samverkan viktiga, inte minst i arbetet med en revidering av genomförandeplanen våren 2024 samt i den strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens fortsatta arbete med måldokument och strategiska planer.

Därför tillskrev strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i slutet av augusti⁴⁹ de delregionala nämnderna om att senast i november 2023, *med utgångspunkt i genomförandeplanen för omställningen* och dess effektmål, inkomma med underlag i ett antal frågor som skulle kunna redovisas för strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i februari 2024.

Av de intervjuer revisionen genomfört inom den fördjupade granskningen av den nya politiska organisationen och de grundläggande granskningarna, framgår att de delregionala nämnderna uppfattade detta som ett omfattande ärende med dålig förvarning och med kort svarstid, inte minst mot bakgrund av att nämnderna bara hade två sammanträden under denna period – i september och november. När denna rapport sammanställs i slutet av december har inga underlag inkommit och enligt underhandsinformation från företrädare för de delregionala nämnderna har en förlängning av svarstiden diskuterats inom berörd stab på Koncernkontoret. Däremot har inga formella beslut fattats om detta.

Övriga åtgärder för styrning och uppföljning

Parallellt uppdrag i det politiska spåret och förvaltningsspåret

Vid sitt första arbetsmöte fick beredningen för nära vård 'en kunskapspåfyllnad' – från Idéskiss Vägen till medborgarnas primärvård från 2008 som bakgrund till dagens vårdvalssystem, de två aktuella Krav- och kvalitetsböckerna samt två utredningar om för- och nackdelar med jour på akutsjukhus respektive samlokalisering av jour- och akutmottagning.

Vid det sista sammanträdet under den granskade perioden fick beredningen ett första förslag till inriktning för en ny vårdvalsmodell kopplat till omställningen av hälso- och sjukvården.

⁴⁸ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-22, § 83, Uppdrag till delregionala nämnderna (SSN 2023-00564).

⁴⁹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-08-31, § 94, Uppdrag till delregionala nämnderna (SSN 2023-00564).

Parallellt med utnämningen av en politisk beredning har hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören utsett en tjänsteperson vid sin stab som fått i stort sett identiska uppgifter⁵⁰ som beredningen fått av nämnden⁵¹.

Tjänstepersonen ska enligt beslutet bli tilldelad resurser och kompetenser inom kommunikation, ekonomi, HR och juridik i olika faser under arbetet, och har mandat att delegera arbetsuppgifter inom arbetsgruppen. Rapportering och leverans ska ske till hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören, medan tid- och leveransplan ska beslutas av beredningen.

Den 16 oktober fastställde hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören projektdirektiv för en ny modell för vårdvalssystemet 2025⁵². Hen är själv uppdragsgivare och projektägare, medan tjänstepersonen ovan är projektledare.

4.4.3 Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

Nämndbeslut

Detaljbudget och delårsrapporter

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde detaljbudget för året den 8 februari, och kompletterade den 28 februari med aktiviteter.⁵³ I budgeten fanns posten 'Omställningen motsvarande' om 103,5 miljoner kronor. Under ett av regionfullmäktiges prioriterade mål diskuterades utskiftning av vård från akutsjukhusen till närsjukhus eller andra specialistmottagningar, och av länssjukvård från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till andra sjukhus i regionen som kan bli aktuellt för att skapa plats för ökade uppdrag inom nationell högspecialiserad vård.

I delårsrapport per april⁵⁴ redogjorde nämnden för status i aktiviteter på fokusområdesnivå (säkerställa att digitala lösningar går i linje med omställningsstrategin och införandet av Millenium). Dessutom redovisades ett överskott inom budgetposten för omställning, där den tidigare hälso- och sjukvårdsstyrelsen successivt minskat antalet projekt och prognosen var ett överskott på 90 miljoner kronor.

⁵⁰ Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören 2023-08-21, Uppdragshandling Framtagande av underlag för inriktning inför ändring av vårdvalssystemet 2025 (RS 2023-04254).

⁵¹ Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-22, § 79, Uppgiftsområden för strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beredning för nära vård (SSN 2023-00482).

⁵² Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören 2023-10-02, Projektdirektiv ny modell för vårdvalssystemet 2025 (RS 2023-04254).

⁵³ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-02-28, § 40, Detaljbudget 2023 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden – komplettering avseende aktiviteter (OSN 2023-01485).

⁵⁴ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 107, Operativa hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport april 2023 (OSN 2023-01485).

I delårsrapport per augusti⁵⁵ berättade operativa hälso- och sjukvårdsnämnden hur medel frigjorts från avslutade eller inte påbörjade projekt (se detaljer nedan). I rapporteringen kring regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden angavs bland annat hur nämnden i uppdragen till sjukhusen i egen regi planerade att tillföra mekanismer för utskiftning av uppdrag från specialist- till primärvård.

Åtgärder för nära vård – och ekonomi i balans

Den 8 februari hade operativa hälso- och sjukvårdsnämnden uppe ytterligare två ärenden med anknytning till nära vård. Dels gav nämnden i uppdrag till produktionsdirektören att utreda möjligheterna att införa utökade hembesök som ett tilläggsuppdrag till Krav- och kvalitetsboken för vårdval vårdcentral.⁵⁶ Dels godkände nämnden modell för kompetensutvecklingsbidrag för båda vårdvalen med en finansiering om 35 miljoner kronor.⁵⁷

Som ett led i arbetet för att nå ekonomi i balans för helåret 2023 beslutade dock operativa hälso- och sjukvårdsnämnden den 17 maj att avsluta kompetensutvecklingsbidraget, och att maximalt 7 av de 35 miljonerna får tas i anspråk under året.⁵⁸ Motivet till att avsluta bidraget var att modellen var ny och varit i bruk så kort tid, att effekterna på verksamheten skulle bli små.

Nära specialiserad vård i Fyrbodal

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har övertagit ansvaret för samtliga vårdöverenskommelser och ett tusental andra avtal från de tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna. Med styrelsen för NU-sjukvården finns en överenskommelse om drift av tre närsjukhus i Fyrbodal, som tecknades efter att ett upphandlat avtal med Aleris Närsjukhus AB löpte ut den 31 oktober 2022.

Den 22 mars gav operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag till produktionsdirektör att förlänga uppdraget till styrelsen för NU-sjukvården 'fram till dess att ny modell kan tas i drift'.⁵⁹ Dessutom fick produktionsdirektören flera uppdrag kring närsjukvårdsteam och IVPA, I Väntan På Ambulans. Uppdraget kring närsjukhusen

⁵⁵ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-27, § 249, Delårsrapport augusti 2023 för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN 2023-01485).

⁵⁶ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-02-08, § 31, Återrapportering av hälso- och sjukvårdsnämndernas översyn av utökade hembesök inom barnhälsovården (OSN 2023-00104).

⁵⁷ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-02-08, § 33, Förslag till modell för kompetensutvecklingsbidrag Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab (OSN 2023-00305).

⁵⁸ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 108, Förslag till åtgärder för ekonomisk balans operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023 (OSN 2023-01915).

⁵⁹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-22, § 45, Fortsatt tillgång till nära specialiserad vård i Fyrbodal (OSN 2023-00036).

arbetades in i nämndens totala uppdrag till styrelsen för NU-sjukvården, under rubriken Utökat vårduppdrag.⁶⁰

Statsbidrag till digitala vårdmöten

För att ge samtliga aktörer inom vårdvalen möjlighet att tillhandahålla digitala vårdmöten, fördelade operativa hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet den 22 mars 6 miljoner kronor från statsbidraget för god och nära vård.⁶¹ Med dessa medel ska vårdgivare inom vårdval kunna använda plattformen Vård och hälsa kostnadsfritt för videomöten fram till augusti 2023.

Inventering av mobila vårdteam

Vid sammanträdet den 26 april fick operativa hälso- och sjukvårdsnämnden en översikt över mobila team inom hela Västra Götalandsregionen⁶² (palliativa team, närssjukvårds-team, mobila enheter inom ambulanssjukvården och en rad 'övriga team' inom exempelvis strokevården och neonatal vård i hemmet samt psykiatriska team inom barn- och ungdoms-sjukvården respektive vuxensjukvården). Inventeringen var gjord i slutet av 2021, och någon mer aktuell bild finns inte.

Utvecklingsmedel för omställningen

Av operativa hälso- och sjukvårdsnämndens totala budgetram för utvecklingsmedel var 103,5 miljoner kronor kopplat till projekt som utförs inom det tidigare omställningsarbetet – beslutat av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Omställningsarbetet har under de senaste åren successivt implementerats i ordinarie arbete och antalet projekt som fortfarande har behov av att finansieras inom budgetramen för omställning har minskat betydligt. En fördjupad genomgång visar att åtta projekt fortsatt pågår under år 2023 med behov av finansiering, totalt knappt 14 miljoner kronor.

Vid sitt sammanträde den 17 maj godkände operativa hälso- och sjukvårdsnämnden finansiering av dessa pågående projekt under 2023, men gav samtidigt hälso- och sjukvårdsproduktionsdirektören i uppdrag att se över möjligheterna att avsluta samtliga projekt inom ramen för omställningen inför 2024.⁶³

⁶⁰ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-27, § 253, Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för NU-sjukvården (OSN 2023-01970).

⁶¹ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-22, § 56, Fördelning av kvarstående statsbidrag God och Nära vård 2023 (OSN 2023-01435).

⁶² Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-04-26, § 97, Översikt gällande mobila team i Västra Götalandsregionen 2023 (OSN 2023-01846).

⁶³ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 109, Genomgång utvecklingsmedel med fokus på omställningen (OSN 2023-01929).

Vid detta sammanträde gav operativa hälso- och sjukvårdsnämnden dessutom produktionsdirektören i uppdrag att löpande under året återkomma med *förslag till åtgärder* att vidta för att uppnå en *ekonomi i balans* för helåret 2023.⁶⁴

Redan den 8 juni fattade operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ytterligare beslut för en ekonomi i balans⁶⁵, då man valde att inte påbörja nya insatser inom tre områden där Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd under 2022 reserverat medel eller planerat för insatser.

Nämnden får genomförandeplanen

Vid sammanträdet den 8 juni fick operativa hälso- och sjukvårdsnämnden information om den genomförandeplan för omställningen som strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden fattat beslut om. Vid samma sammanträde återremitterade nämnden förslaget om prioritering av lokala ST-platser 'för att få en tydligare koppling till genomförandeplanen för omställningen'⁶⁶.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fick vid sammanträdet den 8 november information om hur nämnden, genom sitt ansvar för beslut om uppdrag och avtal, kan säkerställa genomförandet av en digitalisering av vården i linje med omställningen av hälso- och sjukvården.

Hantering av utbudspunktsförändringar

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden har under den granskade perioden hanterat en rad förslag från utförarstyrelser om utbudspunktsförändringar. Enligt den process som nämnden fastställde den 22 mars⁶⁷ ska man pröva inkomna förslag mot gällande vårdöverenskommelser/uppdrag samt måldokument och strategiska planer. Operativa hälso- och sjukvårdsnämndens prövningar har i första hand skett gentemot gällande vårdöverenskommelser, medan måldokument och strategiska planer inte nämnts. I ett fall har nämnden i stället lyft förslagen till strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, vilket indikerar att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden anser att gällande strategier och planer inte gett tillräckligt stöd.

⁶⁴ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-17, § 108, Förslag till åtgärder för ekonomisk balans operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023 (OSN 2023-01915).

⁶⁵ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-08, § 135, Förslag till åtgärder för ekonomisk balans operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023 (OSN 2023-00104).

⁶⁶ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-06-08, § 167, Prioritering av regionala ST 2024 (RS 2023-01904).

⁶⁷ Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-22, § 60, Process för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag såsom utbudspunktsförändring (OSN 2023-01653).

4.4.4 Bedömning, styrning och uppföljning på regiongemensam nivå (revisionsfråga 2)

Regionstyrelsen

I den nya politiska organisationen har regionstyrelsen en viktig roll som ägare, och i slutet av den granskade perioden väntades ett förtydligande PM från styrelsens arbetsgrupp kring just ägarambition och ägarstyrning. Revisionen bedömer inte att detta dokument gav någon tydlig vägledning kring det, men det återstår att se hur styrelsen och inte minst övriga aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet uppfattar innehållet.

Revisionen bedömer att koncernledning hälso- och sjukvård har ett avgörande inflytande över hälso- och sjukvårdens utveckling inom Västra Götalandsregionen, och därmed över möjligheten till faktisk omställning. Revisionens intervjuer pekar dessutom på att gruppens roll kan komma att stärkas ytterligare om man får en tydligare formell koppling till de ansvariga för respektive delområde i omställningen. Där spelar gruppens verksamhetsplan en stor roll. Granskningen av planen har varit övergripande, men revisionen noterar exempelvis hanteringen av begreppet vision som återkommer i omställningsstrategin och mer implicit i koncernledningens verksamhetsplan. Enligt gällande regional rutin Sammanhållen struktur för styrande dokument finns bara en vision inom Västra Götalandsregionen – Det goda livet – som regionfullmäktige antog 2005 och som inte har något utpekade mål- eller slutdatum. I strategin för omställning anger regionfullmäktige en 'framtidsvision för hälso- och sjukvården 2028', medan koncernledning hälso- och sjukvård i sin verksamhetsplan anknyter till Västra Götalandsregionens övergripande begrepp och anger 'Det goda livet och en god hälsa 2023'.

Revisionen bedömer att det här sättet att blanda dokument/delar av dokument som man kallar vision, och dessutom med olika måldatum, riskerar att skapa en otydlig bild av arbetet – såväl internt som externt.

Även koncernledningens indelning i fyra utvecklingsområden, som ligger väldigt nära delområdena för omställningen men med lite annorlunda benämningar, riskerar att bidra till en otydlighet i styrningen. Som exempel kan nämnas utvecklingsområdet 'Nära invånaren' (jämför Nära vård), där de mer preciserade milstolparna innehåller begreppet nära vård – och utvecklingsområdet 'Ledarskap och kompetensförsörjning' (jämför Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning).

Avslutningsvis vill revisionen lyfta risken för en bristande politisk förankring och transparens av koncernledning hälso- och sjukvårds arbete inklusive verksamhetsplanen. Revisionen har inte granskat exempelvis de båda hälso- och sjukvårdsnämndernas och utförarstyrelsernas insyn i och kunskap om gruppens arbete, men konstruktionen sätter fingret på en utmaning i Västra Götalandsregionens styrmodell med förvaltningschefer som arbetar på uppdrag av varsin självständig politisk utförarstyrelse och samtidigt har regiondirektören som närmaste chef.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisionen bedömer att strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beslut i maj om en genomförandeplan kopplad till strategin för omställning innehöll flera olika och sinsemellan motsägande intervall och tidpunkter för *justeringar* i planen. För bästa möjliga efterlevnad och genomslagskraft i organisationen bör en tydlig kommunikation eftersträvas. Även de förändringar och förskjutningar av områden och benämningar som nämnden gjort i genomförandeplanen jämfört med strategin, riskerar att skapa en otydlighet.

Revisionen noterar också strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beslut att inte ta fram en regional utvecklingsplan för barns och ungas hälso- och sjukvård, utan i stället göra en revidering av berörd del av genomförandeplanen. Regionfullmäktige har i strategi för omställningen fastställt att en regional utvecklingsplan ska tas fram, och det har inom organisationen tryckts på för att få fram en sådan. Revisionen gör i nuläget ingen bedömning av huruvida den beslutade utökningen av genomförandeplanen inom området Barnuppdraget kan ersätta den efterfrågade utvecklingsplanen, men noterar avvikelser och avser att följa utvecklingen.

Avslutningsvis bedömer revisionen att delar av hanteringen av *beredningen för nära vård* tillsammans med det parallella uppdraget till en projektledare och en ganska omfattande organisation med arbetsgrupp och referensgrupp, riskerar att skapa otydlighet i styrning och kommunikation. Risken är uppenbar inom organisationen med närliggande nämnder och styrelser, men också externt då frågor om vårdvalssystemet per automatik väcker intresse bland såväl privata vårdgivare som allmänhet.

En potentiell risk ligger också i namnet på beredningen för nära vård. Genomförda intervjuer vittnar om en osäkerhet, både inom beredningen och bland de som möter den. Beredningen har velat ta tag i både stora och små frågor som rör nära vård, men huvudfokus ska ligga på att ta fram förslag på ny vårdvalsmodell till regionfullmäktige, helst för beslut i april 2024.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisionen bedömer att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har utformat sin styrning och uppföljning under den granskade perioden i den riktning som omställningsstrategin och genomförandeplanen avsett. Enligt granskade dokument och genomförda intervjuer anser företrädare för nämnden att själva strategin var och är för övergripande och otydlig för att kunna utgöra ett stöd i utformningen av exempelvis uppdrag och Krav- och kvalitetsböcker – och när genomförandeplanen var klar i mitten av maj var mycket av detta arbete redan slutfört. Revisionen kommer fortsatt följa utformningen av uppdrag inför 2025 och hur omställningen omhändertas i dessa.

Revisionen bedömer också att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden genom enskilda formuleringar och genom att lyfta förslag om utbudspunktsförändringar har framfört att strategin för omställning tillsammans med genomförandeplanen inte är tillräckligt som underlag för bedömning av sådana förslag.

4.5 Organisation på utförarnivå (revisionsfråga 3)

4.5.1 Styrelsen för Närhälsans organisation

Styrelsen för Närhälsans uppdrag är att tillse att Västra Götalandsregionens vårdvalsenheter inom primärvården är konkurrenskraftiga och effektiva. Enligt reglementet⁶⁸ ingår i styrelsens uppgifter att följa utvecklingen inom sitt område och ta initiativ rörande långsiktiga utvecklings- och strategifrågor. Enligt del A i reglementet ska utförarstyrelsernas arbete ske enligt de måldokument och strategiska planer som anges av regionfullmäktige med flera instanser. Styrelsen ska dessutom bidra till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem i Västra Götalandsregionen.

På tjänstepersonsidan ingår Närhälsan, representerad av primärvårdsdirektören, exempelvis i koncernledning hälso- och sjukvård som enligt revisionens bedömning har en viktig roll i det konkreta omställningsarbetet (se 4.3.1 ovan).

Närhälsan har inrättat förvaltningsspecifika sakkunnig- och funktionsgrupper inom utvecklingsområden för verksamheten. Dessa funktionsgrupper kopplar delvis till delområden och aktiviteter inom strategin för omställningen. Exempelvis finns inom Närhälsan en funktionsgrupp för vårdens digitalisering.⁶⁹ Funktionen har som uppdrag att bidra till en gemensam styrning och till att övergripande mål och beslut genomförs inom området.

På motsvarande sätt finns det en framtagen modell inom Närhälsan för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling som utgår från utvecklingsavdelningen, liksom en sakkunniggrupp för ordnat överförande samt för förebyggande och hälsofrämjande arbete.

Förvaltningsledningen genomför möten för chefer och medicinska rådgivare kring utveckling av Närhälsan under ledning av primärvårdsdirektören, och behandlar ämnen som kan kategoriseras som omställning, exempelvis digitala vårdmöten.

4.5.2 Styrelsen för sjukhusen i västers organisation

Styrelsen för Sjukhusen i väster ansvarar för att sjukhusets verksamhet bedrivs effektivt och ändamålsenligt, med hög kvalitet och rätt professionell kompetens. Styrelsen ska enligt sitt reglemente⁷⁰ bedriva vård på uppdrag från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och i enlighet med de måldokument och strategiska planer som fastställs av regionfullmäktige. Enligt reglementet (del B, § 5) ska strukturella förändringar av innehåll och utbudspunkter utgå från fastställda måldokument och

⁶⁸ RS 2022-04495, reglemente styrelsen för Närhälsan, del B, § 5, f.

⁶⁹ Från Närhälsans intranät 2023-11-06 under rubrik *Förbättra och utveckla*.

⁷⁰ Reglemente styrelsen för Sjukhusen i väster, RS 2022-04495.

strategiska planer. Styrelsen ska dessutom bidra till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem i Västra Götalandsregionen.

I intervju med Sjukhusen i väster framkommer att intentionen i bildandet av förvaltningen var att bland annat verka i omställningens riktning, mot en mer nära vård. Detta skulle ske genom exempelvis utskiftning av vård från akutsjukhus till Sjukhusen i väster och genom att utnyttja förvaltningens samlade resurser och kapacitet, från de olika sjukhustomterna, till produktions- och samordningsvinster.

På tjänstepersonsidan ingår sjukhusdirektören vid Sjukhusen i väster exempelvis i koncernledning hälso- och sjukvård som enligt revisionens bedömning har en viktig roll i det konkreta omställningsarbetet (se 4.3.1 ovan).

Högsbo närsjukhus

I Sjukhusen i västers uppdrag ligger att omhänderta driftsättande och etablering av Högsbo närsjukhus. Sjukhuset är tänkt att dels ersätta nuvarande fastighet för Frölunda Specialistsjukhus, dels utskifta uppdrag från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Sjukhusen i väster för operations- och mottagningsverksamhet i Göteborgsområdet. Bakgrunden till etableringen är regionfullmäktiges beslut 2015 om att förstärka närsjukvården i Göteborgsområdet genom att planera för två nya närsjukhus, ett i Högsbo och ett i Frihamnen⁷¹. Regionstyrelsen beslutade den 20 april 2021 om hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götalandsregionen där båda närsjukhusen omnämns⁷². Byggandet och övertagandet av Högsbo närsjukhus har gått enligt plan och budget, och planeringen är att sjukhuset ska tas i drift vid årsskiftet 2023/2024.

Styrelsen för Sjukhusen i väster har upprepade gånger tillskrivit regionstyrelsen om att de ekonomiska förutsättningarna för driftsättningen inte är fullt och tillfredställande klarlagda⁷³. I både intervjuer och dokumentstudier framkommer en risk kring behovet av att säkra en hållbar ekonomi. Det tycks finnas en viss otydlighet kring roller och ansvar som ligger på ägaren, det vill säga regionstyrelsen och ägarutskottet, respektive operativa hälso- och sjukvårdsnämnden kontra styrelsen för Sjukhusen i väster.

Utskiftning av vård till Kungälv's sjukhus

Som en del av tidigare fattade beslut och i linje med intentionen med bildandet av Sjukhusen i väster, ska vård styras om till Kungälv's sjukhus för att utnyttja kapaciteten bättre. Primärt är det delar av Sahlgrenska Universitetssjukhusets produktion som är tänkt att styras om. Utskiftningen av vård ska ske genom tre spår: remisstyrning från vårdcentraler på Hisingen och nordöstra Göteborg, ambulanser från samma geografiska

⁷¹ Regionfullmäktige 2015-04-04, § 56, Inriktning för den öppna specialiserade närsjukvården i Göteborgsområdet (RS 2071-2012).

⁷² Regionstyrelsen 2021-04-20, § 111, Hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götaland (RS 2021-01348).

⁷³ Se exempelvis styrelsen för Sjukhusen i väster 2023-03-31, § 28, Driftsekonomiska konsekvenser av Högsbo närsjukhus (SV 2020-00019).

område ska köra till Kungälv's sjukhus samt att med start under 2024 styra om det gående akutflödet till sjukhuset. Styrelsen för Sjukhusen i väster har signalerat och tillskrivit regionstyrelsen om att det finns outredda frågeställningar kring utskiftningen och ekonomin för att säkra en hållbar ekonomisk situation för styrelsen⁷⁴.

Delområden i omställningen

I genomförd intervju beskrivs att för olika delområden inom omställningen har stabsfunktioner i Sjukhusen i väster utsetts att driva och utveckla respektive område. Omställningsområdena är integrerade med tre strategiska åtgärdsområden inom förvaltningens arbete för en verksamhet i ekonomisk balans:

- akut- och slutenvårdens optimering
- digitalisering
- effektiv vårdutbudsstruktur och produktionsplanering.

Akut- och slutenvårdens optimering blir i praktiken förvaltningens genomförande av nära vård, och då med fokus på förändringar inom slutenvårdsutbud och mobila vårdformer. Akut- och slutenvårdens optimering drivs som ett förvaltningsövergripande projekt under ledning av biträdande sjukhusdirektör.

Digitalisering ligger under utvecklingsstabens ansvar och tar fasta på praktiskt genomförande i verksamheten, exempelvis genom förändrade arbetssätt med införandet av taligenkänning och digitala vårdmöten. Taligenkänning har även möjliggjort viss omstrukturering av verksamhetsområden inom Sjukhusen i väster där vårdadministration nu kan ske direkt i berört medicinskt verksamhetsområde.

Åtgärdsområdet *effektiv vårdutbudsstruktur och produktionsplanering* syftar till att inom förvaltningen kunna koncentrera vård till färre utbudspunkter men även att utnyttja hela förvaltningens kapacitet optimalt.

Omställningsområdet kvalitetsdriven verksamhetsutveckling ligger inte som ett separat omställningsområde i förvaltningen utan ses som en beståndsdel i ordinarie utvecklingsarbete av de tre huvudspåren ovan.

Omställningsområdet prioriteringar sker i nuläget genom dagliga medicinska prioriteringar i förvaltningens hälso- och sjukvård. Det uppfattas dock inte som att arbetet med prioriteringar har initierats regionalt ännu. I nuläget saknas därför särskilt projektarbete och det finns inte heller någon uttalad mottagande roll från förvaltningens sida i nuläget.

⁷⁴ SV 2021-00200, Utskiftning av patientvolymen från Sahlgrenska sjukhuset till Sjukhusen i väster/Kungälv's sjukhus.

4.5.3 Bedömning, organisation på utförarnivå (revisionsfråga 3)

Revisionen bedömer att styrelserna för Närhälsan respektive Sjukhusen i väster i allt väsentligt har organiserat sig på ett ändamålsenligt sätt baserat på sina uppdrag och förutsättningar.

Närhälsan har organiserat sig med vissa centrala funktioner och uppdrag för omställningen samtidigt som ett stort ansvar åligger chefer på en mer operativ nivå, exempelvis vårdcentral- och rehabenhetschefer. På snarlikt sätt har Sjukhusen i väster skapat uppdrag och funktioner som driver utvalda omställningsområden på förvaltningsövergripande nivå, i hög grad i koppling till åtgärder för en budget i balans.

Revisionen kan även konstatera att styrelsen för Sjukhusen i väster har agerat och tillskrivit ägaren då de ekonomiska förutsättningarna inte har bedömts som realistiska för en hållbar drift av Högsbo närsjukhus och utskiftningen till Kungälvssjukhus. Detta är rimligt då dessa ärenden ligger utanför styrelsens eget beslutmandat och utanför egen rådgivning, och revisionen bedömer att styrelsen varit aktiv i dessa båda frågor.

4.6 Styrning och uppföljning på utförarnivå (revisionsfråga 4)

4.6.1 Styrelsen för Närhälsans styrning av omställningen

Styrelsen för Närhälsan styr huvudsakligen genomförandet av strategin för omställningen genom sin detaljbudget. Dessutom har styrelsen ytterligare styrande dokument som är tänkta att ge kraft till omställningen: affärsplanen, *Närhälsans inriktningsdokument 2023–2026* (se avsnitt nedan) samt kompetensförsörjningsplanen.

I detaljbudget 2023 har Närhälsan satt fokus för omställningen på delområdet en mer nära vård. Detta ska ske i samarbete med övriga hälso- och sjukvården för ett mer sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Närhälsan fokuserar dessutom på digitalisering och kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Några aktiviteter som nämns i detaljbudget är

- snabbt omhändertagande i primärvården i stället för inläggning
- digitala hud- och ortopedkonsulter
- hälsomottagning, hälsoinspiratör på vårdcentral och hälsocoach online
- fortsatt utveckling av digitala arbetssätt såsom digitala vårdmöten, egenmonitorering och symtombedömning
- taligenkänning
- deltagande i fortsatt designarbete med Millennium samt

- integrering av framtagen modell för medarbetardriven verksamhetsutveckling i verksamheterna och i digitaliseringen.

Andra områden som nämns i detaljbudgeten och som kan kategoriseras som omställningsorienterade aktiviteter är Närhälsans prioritering att utveckla lättillgängliga utdatarapporter (Power BI) för kontinuerlig kvalitetsförbättring och styrning (prioriterat mål 2.1.2). I linje med detta ligger även att säkra kunskap om kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Under mål 2.1.3 återfinns utveckling av användandet av digitala vårdmöten och andra e-tjänster. Som exempel på det senare lyfter Närhälsan fram stöd- och behandlingsplattformen och självincheckning. Under mål (2.1.4) om att primärvården ska vara ingången för vård nämns Närhälsans arbete med ordnat överförande av omhändertagande av patientgrupper (från sjukhus). Insatsen finns även med i styrelsens inriktningsdokument, se nedan.

Slutligen finns ett fokusområde (2.1.4.2) att arbeta för ökad förekomst av mobila team i samverkan. I detaljbudgetens avsnitt om ekonomiska utmaningar nämns även, vilket har bäring på omställningen, den identifierade risken att ansvarsgränser mellan sjukhusvård och primärvård förskjuts utan medföljande finansiering. I genomförd intervju omnämns just detta som en risk och bilden är att tidigare ekonomiska tillskott till primärvården i stort har gått till annat än kärnuppdraget på vårdcentraler/rehabenheter – exempelvis för att täcka kostnader för externa digitala vårdgivare som KRY, se även nedan.

Styrelsens inriktningsdokument 2023–2026

Styrelsen för Närhälsan fastställde i juni ett inriktningsdokument för 2023–2026⁷⁵ och en reviderad version fastställdes i december⁷⁶. Dokumentet har tagit avstamp i ett antal statliga offentliga utredningar (SOU) samt förnyad strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Inriktningsdokumentet slår inledningsvis fast att Närhälsans främsta del i omställningen är förflyttningen till en nära vård, och Närhälsan ska vara drivande i Västra Götalandsregionen.

Nära vård definieras här, vilket är i linje med flera SOU, som mer än geografisk närhet och berör personcentrering, relationell närhet, kontinuitet med mera som centralt i begreppet. Inriktningsdokumentet innehåller följande delar:

- tillgänglighet och digitalisering
- kompetensförsörjning
- hälsofrämjande och förebyggande
- ordnat överförande
- samverkan kring sköra äldre och mellan huvudmännen samt

⁷⁵ Styrelsen för Närhälsan 2023-06-16, § 63, Styrelsen för Närhälsans inriktningsdokument 2023–2026 (PVV 2023–00923).

⁷⁶ Styrelsen för Närhälsan 2023-12-15, § 127, Styrelsen för Närhälsans inriktningsdokument 2023–2026 (PVV 2023–00923).

- varumärkesperspektivet på en konkurrensutsatt marknad.

Samtliga områden ska enligt dokumentet genomsyras av bland annat digitalisering. I intervju framkommer det för övrigt att Närhälsan ännu inte har börjat arbeta strukturerat med omställningsområdet prioriteringar, men att det är relevant framöver. I det reviderade inriktningsdokumentet nämns även förebyggande vård till äldre populationen, exempelvis ostoporosbehandling i samverkan med sjukhus – men även att primärvården bör vara den naturliga samordnaren av mobil vård, med exempel från Fyrbodal.

Närhälsans inriktningsdokument har ett avsnitt om 'ordnat överförande', som handlar om att flytta uppdrag och resurser till den nära vården på ett löpande och ordnat sätt. Syftet är att möjliggöra förändrade arbetssätt både på sjukhus och i primärvården. Av genomförd intervju framkommer uppfattningen att mycket av de senaste årens riktade extra medel till primärvården inte har gått till verksamheten 'på golvet'. Snarare har medel gått till utomlänssjukvård, ofta i form av externa digitala vårdmöten (exempelvis KRY), till särskilda satsningar under covid-19-pandemin samt ökad etablering och kostnadsutveckling inom vårdval rehab. Alternativt har medel gått till verksamheter inom Regionhälsan. I intervjun hänvisas även till Primärvårdsrapport 2022 där det framkommer att primärvårdens åtagande gällande olika patientgrupper har ökat över tid. Detta kan kontrasteras med det som framkommit i intervju med företrädare för operativa hälso- och sjukvårdsnämnden där det finns uppfattningar att resurser redan har flyttats till primärvården. Se fortsatt avsnitt 4.11 Övriga iakttagelser.

Styrelsen för Närhälsan har genomfört en strategidag den 21 september vilket, enligt uppgift⁷⁷ mynnade ut i revideringen av inriktningsdokumentet. Förutom inriktningsdokumentet har förvaltningen även tagit fram en affärsplan (verksamhetsplan) för hur de ska utveckla sin verksamhet.

Presidieöverläggningar med ägarutskottet

Under 2023 har styrelsen för Närhälsan haft två presidieöverläggningar med ägarutskottet. Styrelsen har under dessa möten lyft, förutom ekonomiskt läge, frågor som berör digitala arbetssätt (digitala vårdmöten, digifysiska vårdcentraler och egenmonitorering) och förflyttning till nära vård. En utmaning som styrelsen lyft under dessa möten är utmaningen för primärvården att kunna ta hand om omställningen till nära vård på grund av bristande kompetensförsörjning och för få medarbetare, samt behovet att möjliggöra kombinationstjänster och konsultationer mellan sjukhus och primärvården. Risken med det byte av digital plattform för vårdmöten som genomförts, signalerades även som en risk.

⁷⁷ Muntlig uppgift från intervju med primärvårdsdirektör.

I intervju framkommer att Närhälsan upplever sig som mer styrda mot regionens lösningar och mallar jämfört med privata aktörer inom LOV-verksamheterna⁷⁸. Det ses som en konkurrensnackdel om och när regionens lösningar inte fyller sitt syfte.

4.6.2 Närhälsans uppföljning

Styrelsen för Närhälsan följer upp arbetet med omställningen i ordinarie uppföljning i delårs- och årsrapport. Enligt intervjun planeras och följs aktiviteter och uppdrag inom omställningen i detaljbudgeten via Plan & Styr (verksamhetssystem).

Uppföljningen sker både under egen rubrik för omställningen och under andra rubriker⁷⁹. Ett urval aktiviteter som beskrivs i delårsrapport är till exempel

- egenmonitorering, digitala besök, utdataplattform
- snabbt omhändertagande i primärvård i stället för inläggning.

I intervju med företrädare för Närhälsan framkommer att återrapportering sker till styrelsen enligt ett årshjul och löpande över alla sammanträden. Detta är inget som vi i revisionen kunnat se i det senaste årets handlingar till styrelsen. Ett antagande är därför att rapporteringen sker som informationspunkter utan bifogade handlingar.

I genomgång av styrelsen för Närhälsans sammanträden under 2023 kan revisionen konstatera att det finns ett fåtal ärenden som kan kategoriseras som inriktade på genomförande av omställningen. Dessa ärenden handlar om närvårdssamverkan, mobilt närsjukvårdsteam samt ett differentierat vårdval.

4.6.3 Sjukhusen i västers styrning

Styrelsen för Sjukhusen i väster styr arbetet med strategin för omställningen genom sin detaljbudget. I detaljbudget 2023 finns aktiviteter och insatser för de olika omställningsområdena inlagda under några olika rubrikområden. Den mest centrala rubriken⁸⁰, om strategin för omställningen, beskriver att verksamheten ska intensivifiera sitt arbete under året. Styrelsen har under detta tre underrubriker i detaljbudget:

- Nära vård (ökad samverkan vårdcentraler och kommuner, mobil vård, konsultationsstöd till primärvård, effektivisera akut- och slutenvårdsflödet, mobila vårdformer i hemmet)
- Digitalisering (digitala vårdformer, egenmonitorering, taligenkänning, webbtidbokning, digitala konsultationer med primärvården)

⁷⁸ LOV – lag (2008:962) om valfrihetssystem.

⁷⁹ Delårsrapport Närhälsan 2023, exempelvis prioriterade mål 2.1.1: Den medicinska kvaliteten ska öka, mål 2.1.2: Invånarnas tillgång till vård samt mål 2.1.4: Primärvården ska bli den naturliga ingången.

⁸⁰ Detaljbudget 2023 Sjukhusen i väster, rubrik 2.2 Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning.

- Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling (ska prägla arbetssätt och ledstjärna i utvecklingsarbete).

Under andra avsnitt i detaljbudgeten för 2023 finns ytterligare insatser som kan kategoriseras att vara i linje med strategin för omställningen av hälso- och sjukvården. En insats är förbättringsarbete inom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (avsnitt i detaljbudget 2023: 2.1.2) liksom involvering av patienter för ökat lärande och egenansvar (2.1.2). Styrelsen ska även verka för att främja en inkluderande och tillgänglig verksamhet och ha ett personcentrerat och rättighetsbaserat arbetssätt (2.5.2.2). Det finns även insatser att utveckla fler mobila team (2.1.4.1), fler digitala vårdformer (2.1.3.3) samt att erbjuda riktat konsultationsstöd och utbildning för primärvården inom somatisk vård (2.1.4).

Under särskilda rubriker omnämns även flytt av vård från akutsjukhus till öppenvård och närsjukhus liksom fortsatt arbete med utskiftning av vård från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Kungälvssjukhus (avsnitt 2.1.2.3 och 2.4).

Avslutningsvis finns i detaljbudget 2023 även en fördjupning till egen styrelse: förvaltningens långsiktiga arbete mot önskad målbild 'Det goda livet och en god hälsa 2030'. Fördjupningen är baserad på den verksamhetsplan som koncernledning hälso- och sjukvård har tagit fram och som delvis kopplar mot strategin för omställningen (se ovan 4.4.1).

Av genomförd intervju framgår att delar av detaljbudgetens områden och aktiviteter går i linje med och motsvarar det åtgärds paket för en ekonomi i balans som är framtaget av styrelsen (se 4.5.2). Det är för övrigt noterbart att även förvaltningens åtgärds paket benämns 'omställningen'.

Akut- och slutenvårdens optimering ses som ett sätt att tydliggöra gränser, prioritera vad som ska ske inom slutenvården, men även stärka dialogen med både regional och kommunal primärvård kring gränssnitt och vårdformer. I det senare ligger att möjliggöra för mobila vårdformer och -team i samarbete med andra aktörer.

Vid granskning av styrelsen för Sjukhusen i västers övriga styrande aktivitet under året finns det relativt få ärenden som kan kategoriseras som inriktade på omställningen av hälso- och sjukvården. Det revisionen kan se är framför allt driftsättningen av Högsbo närsjukhus respektive utskiftningen av vård från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Kungälvssjukhus, som båda är relativt stora frågeställningar. Dessa båda initiativ finns med som stående punkter på styrelsens dagordning. Styrelsen har vid behov eskalerat frågeställningar till regionstyrelsen och regionfullmäktige, vilket har skett upprepade gånger. Revisionen kan konstatera att vissa förutsättningar, framför allt kring drifts-ekonomiska förutsättningar och kompetensförsörjning för Högsbo närsjukhus, inte har varit helt klarlagda och i oktober 2023 ännu inte är helt utredda. Detta trots att närsjukhuset ska vara i drift i vid kommande årsskifte.

Styrelsen har även i sina presidiedialoger med ägarutskottet och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden fört fram behov och synpunkter kring både Högsbo närsjukhus och Kungälvssjukhus. Utmaningarna har presenterats över tid i dessa forum. Styrelsen innehar för tillfället även ordförandeskapet inom samverkansstrukturen SIMBA och driver där samverkansfrågor som berör förvaltningens verksamheter, primärt inom Kungälvssjukhus.

4.6.4 Sjukhusen i västers uppföljning

Sjukhusen i väster följer upp sitt arbete genom ordinarie uppföljning via delårs- och månadsrapportering och uppföljning sker via Plan & Styr. Styrelsen får vid dessa tillfällen rapportering av sitt åtgärds paket för ekonomi i balans (se 4.5.2) vilket ses som viktigt för och integrerat med det praktiska genomförandet av omställningen. Vid behov fattas kompletterande beslut av styrelsen. De tre åtgärdsområdena för en ekonomi i balans följs även upp i interna verksamhetsdialoger, i förvaltningsledning samt i kommunikation med medarbetare och MBL.

I delårsrapport per augusti 2023 konstateras att Sjukhusen i väster arbetar aktivt med omställningen av hälso- och sjukvården och att flera initiativ pågår. Iakttagelser i övrigt för olika aktiviteter inom omställningen redovisas under andra rubriker i delårsrapporten. Under 2.1.2.3 redovisas till exempel arbetet med utskiftning av vård till Högsbo närsjukhus och till Kungälvssjukhus. I övrigt redovisas arbetet under ovan nämnda rubrikstruktur, och bilden är att olika områden har kommit varierande långt samt att det återstår en del utmaningar för ett ökat genomförande.

Styrelsen får på sina sammanträden kontinuerlig rapportering om arbetet med etableringen av Högsbo närsjukhus respektive utskiftningen av vård till Kungälvssjukhus, som ses som två exempel på nära vård. Detta är stående punkter på sammanträdena för styrelsen och till sin karaktär komplexa och omfattande frågor. Detta bidrar till att styrelse och förvaltning behöver bereda frågor vidare, exempelvis till ägaren eller genom egen hantering.

4.6.5 Bedömning, styrning och uppföljning på utförarnivå (revisionsfråga 4)

Granskningen av styrning och uppföljning visar att både styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Sjukhusen i väster har en i huvudsak ändamålsenlig styrning och uppföljning av sin verksamhet för omställningen.

Styrelserna för Närhälsan och Sjukhusen i väster har beslutat om ett antal mål, fokus- och insatsområden i detaljbudget som revisionen bedömer har relevans och är rimliga för genomförandet av omställningen av hälso- och sjukvården. Vissa ligger inom styrelsernas egen rådighet, men ett antal berör andra aktörer och/eller kräver samverkan för genomförande. Det senare kan utgöra en risk för minskat genomförande av omställningen.

Revisionen noterar att under året har ett mindre antal beslut fattats av styrelserna för Närhälsan respektive Sjukhusen i Väster som kan kategoriseras tillhörande omställningen av hälso- och sjukvården. Sjukhusen i väster hanterar vissa delar av omställningen inom ramen för och synonymt med sitt åtgärds paket för en ekonomi i balans, vilket rapporteras kontinuerligt till styrelsen. Intentionen med den förnyade strategin är dock en ökad genomförandekraft för omställningen. I övrigt är det ett relativt fåtal politiska ärenden om omställningen, trots i vissa fall bristande måluppfyllelse i delårsrapport inom aktiviteter och omställningsområden.

Ett exempel är användandet av digitala vårdmöten där delårsrapporteringen visar negativa avvikelser mot de båda styrelsernas satta mål och inga följdbeslut fattats. Detta kan tyda på att omställningen antingen inte bereds politiskt som beslutsärenden i någon högre grad utan snarare hanteras inom förvaltningen. Alternativt sker politisk beredning genom informationsärenden utan offentliga handlingar. Revisionens bedömning är att styrelserna för Närhälsan och Sjukhusen i väster kan rekommenderas att vara mer aktiva vid bristande måluppfyllnad inom omställningen för en ökad genomförandekraft.

Styrelsen för Närhälsan har lyft utmaningar inom omställningen till ägarutskottet i årets presidiedialoger. Styrelsen har då bland annat tagit upp frågan om kompetensförsörjning i primärvården, behovet av kombinationstjänster samt utmaningar kring digitala arbetssätt på en konkurrensutsatt marknad. Det får ses som positivt att i detta sammanhang att lyfta frågor som inte ligger inom styrelsens mandat och uppdrag men som ändå påverkar genomförandet av omställningen. Sjukhusen i väster har på motsvarande sätt lyft utmaningar till utskiftning av vård till Högsbo närsjukhus och Kungälv's sjukhus, vilket visar på att styrelsen agerar vid behov.

Revisionen konstaterar att både Närhälsan och Sjukhusen i väster översätter begrepp inom omställningen till egna och delvis andra begrepp jämfört med strategin och genomförandeplanen (se nedan).

4.7 Övriga iakttagelser

I granskningen har även framkommit andra iakttagelser som revisionen vill belysa.

4.7.1 Förutsättningar för förflyttning till nära vård?

Granskningen har visat att det finns olika analyser och problembeskrivningar avseende det som i genomförandeplanen har utpekats som det mest centrala omställningsområdet, förflyttningen till en mer nära vård. Det har framkommit på både central nivå och hos utförarna att det finns hinder för en mer radikal förflyttning till ambitionen om nära vård. Det ekonomiska styrsystemet liksom möjligheterna till ett mer sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem där olika professioner och funktioner kan

arbeta över förvaltningsgränserna innebär olika utmaningar. Detta omnämns mest explicit i Närhälsans dokument⁸¹ men framkommer även i flera intervjuer.

En del i detta är den rapport där beskrivningar av kostnaderna för sjukhusvård kontra primärvård i Västra Götalandsregionen ställt mot andra regioner och mot rikssnittet framkommer⁸². I den utredningen visar författarna att regionens primärvård ligger i topp i kostnadsläget och sjukhusvården ligger lägst i kostnadsläget ställt mot andra regioner. I kontrast visas från Närhälsan en bild där primärvården gör större åtaganden för olika patientgrupper⁸³ och att data på kostnadsökningar inom primärvård behöver beakta att vissa medel gått till annat än kärnverksamheten på vårdcentraler (exempelvis viss verksamhet i Regionhälsan) alternativt till ökade etableringar inom vårdval rehab.

Vid regionstyrelsens sammanträde den 19 december redovisades den externa granskning av sjukhusens ekonomi som PwC genomfört.⁸⁴ Även denna rapport lyfte fram likartade resultat avseende finansiering av sjukhusvård och primärvård i regionen.

Revisionen kan konstatera att sakfrågan orsakar viss oenighet och kontrovers, och att olika perspektiv finns på frågan och dess fortsatta hantering. Inte osannolikt är kontroversen inte helt av godo för ett välfungerande samverkansklimat för förflyttningen till nära vård.

4.7.2 Utmaningar i begreppsanvändningen

Som konstaterats i tidigare avsnitt, se exempelvis 4.2, finns det en varierande användning av begreppen inom omställningen av hälso- och sjukvården. Detta gäller både vilka begrepp som används och vilka innebörder begreppen har för användarna.

I arbetet med framtagande av strategin för omställningen av hälso- och sjukvården liksom i den efterföljande genomförandeplanen har det skett en förskjutning i strukturen för omställningen, där digitaliseringen har hamnat som en strimma genom andra omställningsområden och kompetensförsörjning fått en egen plats utanför kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Inom styrelsen för Sjukhusen i väster används begreppet *akut- och slutenvårdens optimering*, inom arbetet med åtgärder för en budget i balans, för det som ses som en del i omställningen till nära vård. För förvaltningen är begreppet internt kommunicerat och får ses som under året internt vedertaget.

⁸¹ Se exempelvis Närhälsans delårsrapport augusti 2023 och Styrelsen för Närhälsans inriktningsdokument 2023–2026.

⁸² RS 2023–02700, Ekonomistyrning och ersättningsprinciper i Västra Götalandsregionen, etapp 1.

⁸³ Primärvårdsrapport 2022.

⁸⁴ Regionstyrelsen 2023-12-19, § 290. Redovisning av extern granskning av sjukhusens ekonomi (RS 2023-02605).

Inom styrelsen för Närhälsan används begreppet nära vård i en något vidare definition som mer ligger i linje med den nationellt tillämpade begreppsapparaten.

4.8 Sammanfattande bedömning

Syftet med revisionens granskning har varit att bedöma om Västra Götalandsregionen har en ändamålsenligt utformad organisering och styrning för att uppdraget avseende omställning av hälso- och sjukvården ska kunna implementeras och genomföras i enlighet med regionfullmäktiges beslut om förnyad strategi.

Revisionen bedömer att granskade nämnder och styrelser till stora delar har en ändamålsenlig organisering och styrning av arbetet med omställningen. Vi bedömer dock att regionstyrelsen, i sin samordnande funktion och genom olika beredningar/funktioner, i högre grad behöver bidra till att öka genomförandekraften i omställningen av hälso- och sjukvården i enlighet med regionfullmäktiges beslut.

Revisionen identifierar oklarheter och otydligheter i implementeringen och genomförandet av omställningen, och bedömer att den främsta orsaken är ansvars- och rollfördelning mellan nämnder och styrelser. Omställningen ska genomföras decentraliserat och av berörda parter, i princip genom målstyrning, vilket medför tolkningar och varierande angreppssätt mellan olika nivåer i organisationen liksom olika definitioner av omställningsområdenas innebörder.

Genomförandeplanen bidrar till att göra omställningen mer konkret och aktivitetsinriktad redan på den regionala nivån. Revisionen kan dock konstatera att nedbrytningen från regional nivå till utförarverksamhet i nuläget inte är linjär och tydlig – delvis beroende på begreppsanvändning, delvis på grund av att den nya strategin och genomförandeplanen ännu inte fått fullt genomslag i organisationen.

Sammanfattningsvis vill revisionen dessutom lyfta att

- regionstyrelsen inte har inrättat två av de beredningar som regionfullmäktige angett i reglementet, som kan ha betydelse för omställningen av hälso- och sjukvården
- strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden inte har tagit fram en regional utvecklingsplan för barns och ungas hälso- och sjukvård enligt regionfullmäktiges beslut, utan valt att utöka avsnittet om barnuppdraget i genomförandeplanen
- benämningen på beredningen för nära vård skapat otydliga förväntningar på beredningens uppgifter och mandat
- koncernledning hälso- och sjukvård, med en central roll i det faktiska genomförandet av omställningen, har en begränsad politisk förankring och dessutom har verkat utan uppdragshandling under närmare två år

- förändringar i struktur och begreppsanvändning mellan regionfullmäktiges strategi för omställningen och strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens genomförandeplan riskerar att skapa en otydlighet i såväl kommunikation som genomförande, och vi ser en motsvarande begreppsförskjutning inom utförarstyrelserna
- skillnader i struktur och begreppsanvändning mellan strategi/genomförandeplan och koncernledning hälso- och sjukvårds verksamhetsplan riskerar att öka denna otydlighet
- det har fattats ett relativt fåtal beslut av styrelserna för Närhälsan respektive Sjukhusen i väster som direkt rör omställningen och dess delområden
- styrelserna för Närhälsan och Sjukhusen i väster, trots i vissa fall sviktande måluppfyllelse inom omställningens delområden, inte har fattat kompletterande beslut för ökad genomförandekraft av omställningen.

4.9 Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar revisionen vid behov rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer vi lämnar med anledning av granskningen av omställningen av hälso- och sjukvården 2023.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- säkerställa samverkan mellan berörda aktörer för ökad genomförandekraft i omställningen av hälso- och sjukvården
- se till att regionens styrmodeller i övrigt verkar i en riktning som tydligt gynnar omställningen av hälso- och sjukvården.

Revisionen uppmanar granskade nämnder och styrelser att i övrigt beakta de bedömningar som görs i rapporten.

Revisionen kommer enligt revisionsplan 2023–2025 att fortsätta granskningen av omställningen. Som en del av detta avser vi även att följa hanteringen av ovan noterade rekommendationer, brister och avvikelser.

Det kommunala ansvarssystemet

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

Regionfullmäktige 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 regionfullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Regionstyrelsen 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 regionfullmäktige 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 till-försäkra 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 revisionssed 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.

Regionen 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.

Till regionstyrelsen, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan.

Granskning av program Millennium (REV 2023–00097)

Revisionen har granskat program Millennium. Granskningen omfattar regionstyrelsen, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan.

Syftet med granskningen var att bedöma om Västra Götalandsregionen har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidplanen.

Vår bedömning är att de granskade styrelserna delvis har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidplanen.

Vi lämnar därför fyra rekommendationer till regionstyrelsen och två rekommendationer till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan. På nästa sida finns de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vi önskar få ett yttrande från er senast den 31 maj 2024. Det ska framgå av yttrandet vilka åtgärder som ni har gjort eller planerar att göra med anledning av de rekommendationer som vi lämnar. Yttrandet skickar ni till revision@vgregion.se.

Revisionsrapporten översänds för yttrande till regionstyrelsen, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan samt för kännedom till regionfullmäktiges presidium, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och delregional nämnd södra.

Vänersborg den 24 januari 2024

För revisorskollegiet,

Krister Stensson,
ordförande

Vivi-Ann Nilsson,
vice ordförande

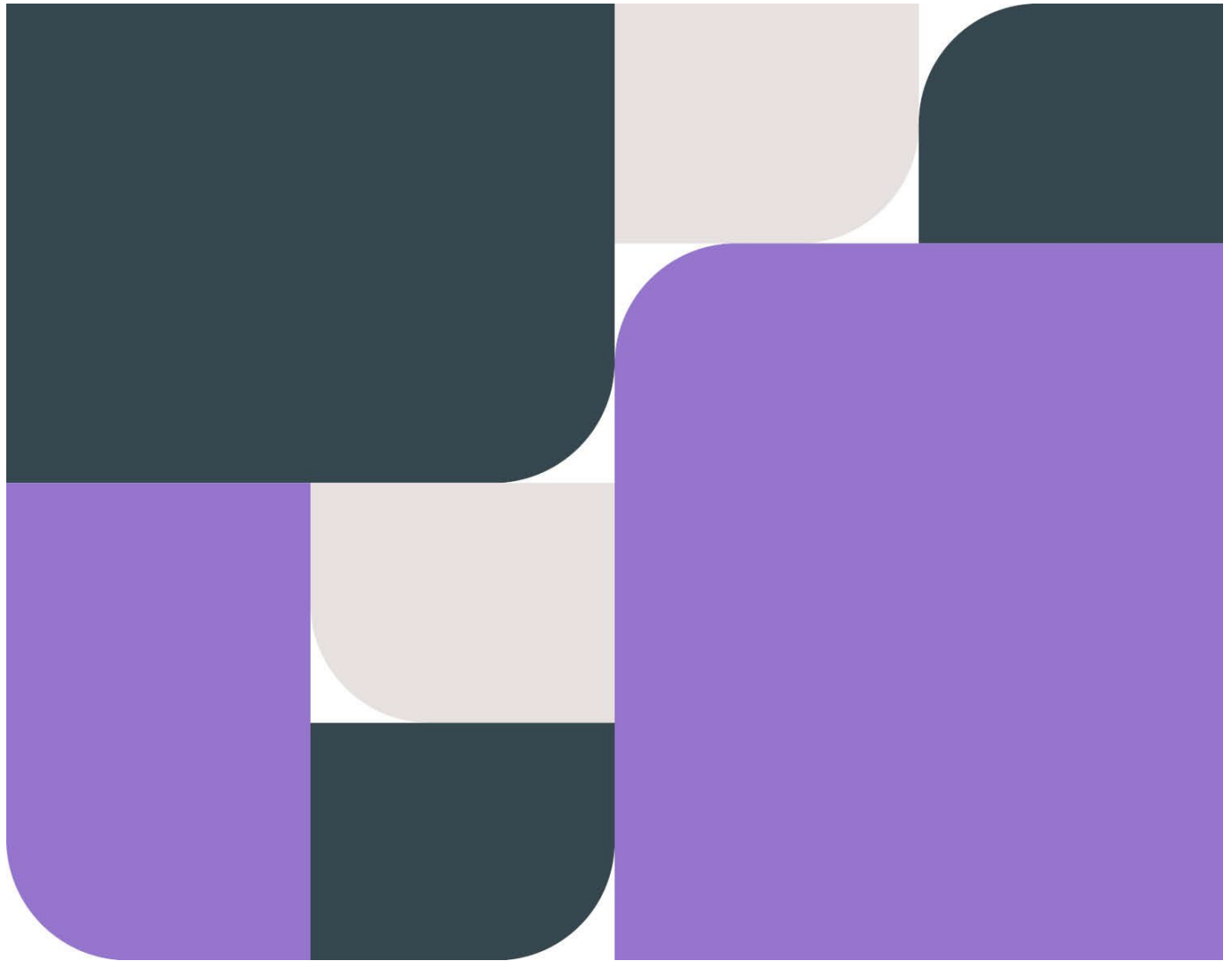
Rekommendationer

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- säkerställa att arbetet med Millennium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet
- tydliggöra beslutsmandat
- stärka kommunikationen och vidta åtgärder utifrån de kommunikativa utmaningar och risker som identifierats.
- säkerställ att det finns en systematisk uppföljning av program Millennium.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan att

- säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen
- säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet.



Revisionsrapport
2024-01-24

Granskning av program Millennium

Datum: 2024-01-24

Dokumentnamn: Granskning av program Millennium

Diarienummer: REV 2023-00097

Yrkesrevisorer: Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen

www.vgregion.se/revision

Innehåll

Läsanvisning.....	3
Sammanfattning.....	4
Utgångspunkter.....	7
Bakgrund.....	7
Syfte och revisionsfrågor.....	9
Avgränsning.....	9
Revisionskriterier.....	9
Ansvariga nämnder och styrelser.....	10
Metod.....	10
Resultat.....	11
Styrning, ledning och organisation av program Millennium.....	11
Uppföljning regionstyrelsen.....	23
Bedömning.....	24
Styrning och ledning av lokala implementeringsprojekt.....	26
Uppföljning styrelser.....	35
Bedömning.....	36
Sammanfattande bedömning.....	37
Rekommendationer.....	38
Det kommunala ansvarssystemet.....	39
Revisionen i korthet.....	40
Regionen i korthet.....	41

Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning som revisionen har genomfört inom området styrning, ledning och uppföljning av program Millennium.

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 de styrelser som vi har granskat samt tjänstepersonerna i förvaltningarna och, 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 den granskning som vi har genomfört.

I början av rapporten hittar du vår sammanfattning. Där får du snabbt en bild av det vi har kommit fram till i granskningen. Där hittar du också de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

I den andra delen beskriver vi utgångspunkterna för vår granskning, det vill säga det som ramar in granskningen. Där ser du även vilka styrelser som omfattas av granskningen.

Sedan kommer vi till *den tredje delen*: resultatet. Där går vi igenom de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort i granskningen. Sist i det avsnittet hittar du en sammanfattande bedömning samt de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

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

Sammanfattning

Revisionen har under hösten 2023 granskat program Millennium. Millennium är Västra Götalandsregions viktigaste digitaliseringsåtgärd någonsin inom hälso- och sjukvården.

Målet med satsningen är att ta fram nya, gemensamma arbetsätt och processer som ska förenkla arbetet för vårdpersonalen och därmed frigöra tid som gynnar patienterna.

Regionens ambition är att skapa en modern vårdinformationsmiljö som ger invånarna en tillgänglig hälso- och sjukvård med hög kvalitet och stor delaktighet.

Tidsplanen för införandet av program Millennium har flera gånger skjutits fram. Regionstyrelsen tog i maj 2022 beslut om en ny tidsplan för införandet av Millennium, som innebär att merparten av hälso- och sjukvården i Västra Götalands södra delar kommer att införa program Millennium hösten 2024.

Syfte och omfattning

Syftet med granskningen var att bedöma om regionen har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidsplanen.

Granskningen omfattar

- regionstyrelsen
- styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus
- styrelsen för Närhälsan
- styrelsen för Regionhälsan.

Resultatet i korthet

Den sammanfattande bedömningen är att de granskade styrelserna delvis har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidsplanen. Vi går igenom det viktigaste som har kommit fram i granskningen nedan.

Granskningen visar att regionstyrelsen, genom den nya organisationen för program Millennium och genom programdirektivet, har stärkt styrning, ledning och organiseringen av program Millenium. Vi bedömer att det finns ett strukturerat arbete utifrån programdirektivet, däremot har programmet inte fullt ut säkerställt att kommunikationen har skett i enlighet med det som beskrivs i programdirektivet. Revisionen ser positivt på arbetet som sker på övergripande nivå inom regionen och inom programmet. Däremot ser vi att det är viktigt att arbetet med Millenium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet.

Södra Älvsborgs sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan ansvarar för att implementera Millennium i sina egna verksamheter. Granskningen visar att styrning, ledning och organisering av implementeringen av program Millennium sker utifrån projektdirektiven. Vid granskningens genomförande pågår dock en revidering av projektdirektiven. Utifrån de förutsättningar som finns, ser revisionen att det finns ett aktivt arbete med att implementera Millennium.

Sammantaget visar granskningen på att införandet av program Millennium är ett komplext och omfattande förändringsarbete förenat med flera risker. Revisionen ser risker kopplat till:

- kommunikation
- att mandaten för att fatta beslut inte är helt tydliga
- att tiden utgör en riskfaktor för att uppnå de aktiviteter som beskrivs i tidsplanen
- att nya arbetssätt inte förankras och tillämpas i den utsträckning som önskas, vilket får påverkan på produktionsstörningen.

Revisionen menar att dessa risker kan leda till att målen inte nås och att implementeringen av program Millennium inte kommer att följa tidsplanen.

Granskningen visar, avslutningsvis, att regionstyrelsen och styrelserna för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan behöver stärka och systematisera sin uppföljning.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen av program Millennium:

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- säkerställa att arbetet med Millennium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet
- tydliggöra beslutsmandat
- stärka kommunikationen och vidta åtgärder utifrån de kommunikativa utmaningar och risker som identifierats
- säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av program Millennium.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen Närhälsan och styrelsen Regionhälsan att

- säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen
- säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet.

Utgångspunkter

Bakgrund

Program Millennium (tidigare FVM) är Västra Götalandsregionens viktigaste digitaliseringsåtgärder och en av de övergripande strategierna för att utveckla hälso- och sjukvården. Programmet leder arbetet med att införa en gemensam vårdinformationsmiljö i Västra Götalandsregionen, med Millennium som namn. Generellt har hälso- och sjukvården i Västra Götaland hög kvalitet, men tillgängligheten och samordningen behöver på många håll förbättras. Vårdens it-miljö är på flera sätt en möjliggörare för omställningen, ökad tillgänglighet och samordning för att nå en jämlik och ett sammanhållet sjukvårdssystem.

Nuvarande it-miljö och it-system är till stor del föråldrat, med många olika system som inte kan kommunicera med varandra. Det innebär ineffektivitet, dubbelarbete och risker för patientsäkerheten. Medarbetare ska också kunna förvänta sig att vårdinformationsmiljön utvecklas i takt med den övriga digitala utvecklingen i samhället för ökad nytta i det dagliga arbetet. Millennium tillsammans med integrerade system och applikationer ska ersätta stora delar av nuvarande it-system i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Västra Götaland.

Införandet av program Millennium ska skapa en modern vårdinformationsmiljö som ger invånarna en tillgänglig hälso- och sjukvård med hög kvalitet och stor delaktighet. Nya, gemensamma arbetsätt och processer ska förenkla arbetet och frigöra tid som gynnar patienterna.

I september 2018 blev det klart att Cerner Sverige AB blir leverantör av kärnsystemet Millennium. Cerner Sverige AB ingår numera i en av världens största koncerner inom it-system för hälso- och sjukvården, Oracle. I samband med upphandlingen uppgick kontraktets värde enligt beräkning till 2,1 miljarder kronor och löper över tio år efter avslutad implementering, med möjlighet till fyra års förlängning.

Enligt den allra första tidplanen skulle Millennium ha införts i tre etapper med start våren 2021. Hösten 2019 stod det dock klart att arbetet skulle bli ungefär ett år försenat. Våren 2021 kunde programstyrgruppen konstatera att ytterligare en översyn behövde göras. Regionstyrelsen tog den 17 maj 2022 beslut om ny tidplan för införandet av program Millennium och andra delar av den nya vårdinformationsmiljön.

Den reviderade tidplanen för införandet av systemet Millennium innebär att merparten av hälso- och sjukvården i Västra Götalands södra delar kommer att införa Millennium hösten 2024. Ett år senare är det dags för resten av södra området. Därefter följer norra och östra delarna våren 2026 och sist ut är de västra delarna hösten 2026. Utöver Västra Götalandsregionens egna verksamheter omfattas privata vårdgivare med vårdavtal. För att täcka in även kommunal hälso- och sjukvård är de 49 kommunerna i Västra Götaland med i satsningen genom så kallade optioner där de kunnat välja i hur hög grad de ska använda systemet.

Förändringar i budgeten har skett vid två tillfällen och nu beräknas den totalt uppgå till kostnader och investeringar om ungefär 5,5 miljarder kronor under programperioden.

Implementeringen sker i tre etapper i fyra geografiska områden – Södra, Norra och Östra samt Västra området. All berörd verksamhet i ett geografiskt område går över till program Millennium samtidigt inklusive privata vårdgivare som omfattas av vårdvalen. Millennium Södra området delas upp i två införanden:

- Södra Älvsborgs Sjukhus med omgivande primärvård (egen och privat regi), kommunal hälso- och sjukvård (option 1¹) och Regionhälsan (barnmorskemottagningar, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och psykologenheten för föräldraskap och små barn) under 2024.
- Södra Älvsborgs Sjukhus (ny funktionalitet), Regionhälsan, Habilitering och Hälsa samt Hjälpmedelscentraler under 2025.

I november 2023 beslutades det om att införandet av program Millennium för privata vårdgivare i södra området flyttas ett år, från hösten 2024 till hösten 2025.

Arbetet med att förbereda inför start av 16-månadersplanen, som är en nedräkningsplan inför driftstart, för Södra området del 1 pågår genom att bland annat sammanställa detaljerad tidplan och starta upp team som ska arbeta med underlag till ledarförberedelser.

Revisionen har under ett antal år följt utveckling av programmet Millennium och har genomfört ett flertal granskningar över tid. Revisionen kommer fortsatt att granska olika delar inom programmet utifrån årsvisa

¹ I avtalspaketet om medverkan i det gemensamma vårdinformationssystemet som alla 49 kommuner tecknat (option 1), omfattas bland annat funktioner som ska underlätta samverkan mellan olika aktörer, göra det enklare för invånare, patienter och anhöriga att vara delaktiga, bidra till att effektivisera och kvalitetssäkra verksamhetsöverskridande processer.

riskbedömningar inom programmet och dess framdrift och ekonomi. Risker finns inom områdena programledning och styrning, förtroende, samverkan och samarbete, arbetssätt, effekthemtagning och ekonomi samt påverkan på digitalisering/it-utveckling hos verksamheterna.

Syfte och revisionsfrågor

Under den treårsperiod som revisorskollegiets revisionsplan¹ täcker (2023–2025) är granskningens syfte att bedöma om Västra Götalandsregionen har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidplanen.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor under 2023:

- Har regionstyrelsen, genom programstyrningen en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av program Millennium?
- Har styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av implementeringsprojektet i södra området?

Avgränsning

Styrningen kommer inte att omfatta styrning av ekonomi för projektet i någon djupare mening, inte heller effekthemtagning eftersom det inte kan bedömas under 2023.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier menas de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I den här granskningen utgår vi från följande revisionskriterier:

- Budget 2023 samt plan för ekonomin år 2024–2025 för Västra Götalandsregionen (dnr RS 2022–06050)
- Reglemente för regionstyrelsen, Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan, fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29 (dnr RS 2022–04495)
- Programdirektiv (dnr: RS 2023–01216)
- Projektdirektiv för implementering

Ansvariga nämnder och styrelser

I ett treårigt perspektiv (revisorskollegiets revisionsplan för 2023 med inriktning för 2024–2025) bedömer revisionen att regionens samtliga sjukhusstyrelser och erforderliga nämnder inom hälso- och sjukvårdsområdet kommer att beröras av granskningen.

Under 2023 kommer dessa omfattas av granskningen

- Regionstyrelsen
- Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus
- Styrelsen för Närhälsan
- Styrelsen för Regionhälsan

Metod

Granskningen har genomförts under perioden oktober – december 2023. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med följande funktioner:

- Programchef, program Millennium
- Ordförande för programstyrgrupp, program Millennium
- Medicinsk rådgivare, program Millennium
- Regional implementeringsansvarig, program Millennium
- Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör, koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling
- Avdelningschef ledning, koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling
- Digitaliseringsdirektör, koncernstab digitalisering
- Avdelningschef, vårdinformationssystem, koncernstab digitalisering
- Förvaltningsdirektör, Regionhälsan
- Projektledare, Regionhälsan
- Införandeansvarig och förändringsledare, Regionhälsan
- Sjukhusdirektör, Närhälsan
- Projektledare, Närhälsan
- Införandestrateg, Närhälsan
- Sjukhusdirektör, Södra Älvsborgs Sjukhus
- Projektledare, Södra Älvsborgs Sjukhus
- Digitaliseringsstrateg och biträdande införandeansvarig, Södra Älvsborgs Sjukhus
- Införandeansvarig, Södra Älvsborgs Sjukhus
- Administrativ chef, Södra Älvsborgs Sjukhus

Resultat

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Västra Götalandsregionen har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidplanen.

Avsnittet inleds med de iakttagelser som är gjorda kopplat till styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium (revisionsfråga 1).

I nästa avsnitt presenteras de iakttagelser som är gjorda kopplat till styrning, ledning och uppföljning av de lokala implementeringsprojekten i södra området (revisionsfråga 2).

Styrning, ledning och organisation av program Millennium

Budget 2023 samt plan för ekonomi 2024–2025

I Västra Götalandsregionens budget för 2023 finns ett avsnitt om digitalisering – på väg mot framtidens vårdinformationsmiljö. Det framgår att målet med Millennium är att skapa en informationsmiljö som är uppbyggd kring ett enklare och säkrare informationsutbyte inom vården samt mellan vården och invånaren.

Förändrad ledning och ansvarsfördelning

Regiondirektören beslutade i oktober 2022 om förändrad ledning och ansvarsfördelning avseende nuvarande FVM-programmet². Beslutet innebär följande:

- framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) ersätts av program Millennium
- ny organisation och ansvarsfördelning för program Millennium.

Sedan regiondirektörens beslut om förändrad ledning och ansvar, har roller och ansvar förtydligats genom uppdragshandlingar och uppdragsbeskrivningar från regiondirektören och hälso- och sjukvårdutvecklingsdirektören.

² Förändrad ledning och ansvarsfördelning avseende nuvarande FVM-programmet (Diarienummer RS 2022-04921)

Programdirektiv

Styrningen av program Millennium utgår från programdirektivet³, som beskriver det överenskomna samarbetet mellan Västra Götalandsregionen och leverantören Cerner Sverige AB. Direktivet beskriver effektmål, program mål, krav på programmet, omfattning, genomförandeplan, organisation och styrning, arbetsformer och programmets ekonomi.

Nedan presenteras utvalda delar från programdirektivet.

Effektmål

För program Millennium finns nio politiskt fastställda effektmål som övergripande sammanfattar vad som ska uppnås. De är indelade i fyra områden:

Patientnöjdhet

- Relevant information enkelt och nära invånaren, till exempel rörande sjukdomstillstånd och behandlingsplaner.
- Minskat behov att upprepa information som lämnats vid tidigare kontakter med vården.

Kvalitet och säkerhet

- Bättre överblick och tillgång till rätt information.
- Tillgång till evidensbaserat beslutsstöd för medarbetare i vården.
- Bättre tillgång till fullständiga journaluppgifter genom standardiserade processer, termer och begrepp.

Arbetsmiljö

- Förhöjd funktionalitet utifrån det uppdrag man har.
- Minskning av administrativa uppgifter relaterat till vårdinformations-miljö.

Ledningsstöd och utveckling

- Lättare att införa nya behandlingsriktlinjer i verksamheten.
- Ökad relevans och kvalitet i data och information som används som stöd i styrning och utveckling av verksamheten.

Det finns en nyttorealiseringsplan⁴ som beskriver vilka indikatorer som ska användas i uppföljning av effektmålen. Denna plan kommer att ses över under våren 2024.

³ Programdirektivet är beslutad av programstyrgrupp Millennium 2023-02-23.

⁴ Nyttorealiseringsplan och uppföljningsplan för Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) samt modell för effekthemtagning (Diarienummer RS 2021-02936)

Ansvar för den övergripande effekthemtagningen ligger hos koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling. Två personer har rekryterats för detta arbete och tillträder sina tjänster i februari 2024.

Programmål

Programmålen följs upp i programstyrgruppen och utgångspunkten är utifrån avtalet med leverantören. Programmet har sju programmål:

- en driftsatt systemlösning (Millennium) inom Västra Götaland som skapar förutsättningar för ett informationsutbyte och en kommunikation över organisationsgränser och huvudmannaskap
- Millennium ska vara infört som kärnsystem i alla berörda verksamheter enligt den avtalsreglerade omfattningen och tidplanen, inklusive utbildning, tekniska förberedelser och andra delområden som är nödvändiga inför driftsättning
- införa gemensamma termer och begrepp samt arbete med standardisering av såväl arbetssätt som lösning
- stärka svensk forskning, utbildning och innovation inom hälso- och sjukvårdsområdet
- verka för att standardisering och design av Millennium sker i linje med nationella och regionala riktlinjer för ett enhetligt arbetssätt hos de berörda verksamheterna i Västra Götaland
- vid behov eskalera frågor till samordningsråd, funktionsgrupp eller klinisk ledning för att fastställa standardisering och förändringar av processer, arbetsflöden och roller samt kliniskt och administrativt innehåll i relation till Millennium och andra berörda system inom ramen för vårdens digitalisering
- bidra i arbetet med att beskriva den kommande förvaltningen av den nya vårdinformationsmiljön.

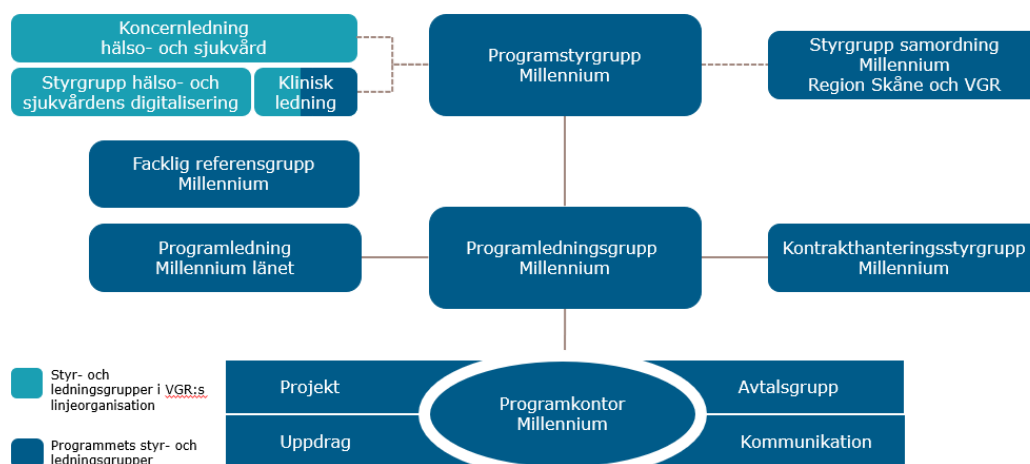
Uppföljning av programmets mål följs upp varannan vecka i programledningsgruppen och varje månad i programstyrgruppen.

Organisation och ansvar i program Millennium

Program Millennium har det övergripande ansvaret för samarbete med leverantören Cerner och att leverera systemet enligt avtal, budget och tidplan. Ordförande för programstyrgrupp Millennium har ett övergripande ledningsansvar för program Millennium och uppdraget genomförs med regiondirektörens mandat. Programchefen ansvarar för att säkerställa en driftsatt systemlösning (Millennium), inklusive utbildning, i enlighet med avtal och tidplan. Uppdraget för ordförande och programchefen för

programmet beskrivs närmare i uppdragshandlingarna från regiondirektören⁵.

Program Millennium är organiserad i styr- och ledningsgrupper på flera nivåer med representanter från Västra Götalandsregionen, Västkom⁶ och leverantören (figur 1).



Figur 1 styr- och ledningsgrupper för program Millennium.

Relevanta delar av programorganisationen presenteras kortfattat nedan.

Programstyvergrupp har ett övergripande ansvar för programmets genomförande. Programstyvergruppen består av representanter från Västra Götalandsregionen, VästKom och leverantören. Ordförande i gruppen har en samordnande roll och arbetar nära hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören och digitaliseringsdirektören.

Programledningsgrupp leder det operativa arbetet med att driva programmet framåt enligt avtal och tidplan. Programledningsgruppen består av representanter från Västra Götalandsregionen, VästKom och leverantören. Programchefen är ordförande i gruppen.

Koncernledning hälso- och sjukvård leder Västra Götalandsregionens arbete med hälso- och sjukvårdens digitalisering. Beslut som har stor påverkan på hur hälso- och sjukvården bedrivs i Västra Götalandsregionen ska förankras i koncernledning hälso- och sjukvård. Vad som avses som stor påverkan specificeras inte närmare.

⁵ Uppdragshandlingar för Ordförande i Millennium programstyvergrupp (Diarienummer RS 2022 04921) och Programchef införande av Millennium (Diarienummer RS 2022 04921)

⁶ VästKom är kommunernas läns gemensamma samverkansaktör.

Koncernledningen har en särskild *styrgrupp för hälso- och sjukvårdens digitalisering* som fokuserar särskilt på området. Styrgruppen ansvarar för att på en övergripande nivå, säkerställa rätt prioriteringar för digitalisering av hälso- och sjukvården och löpande följa den samlade ekonomin och kostnadsutvecklingen för digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Gruppen har ett särskilt ansvar för samordning med program Millennium. Regiondirektören är ordförande i styrgruppen och har beslutat om en uppdragshandling för styrgruppen⁷. I denna grupp deltar även en representant från kommunerna (representerad av VästKom) i samband med frågor kopplat till program Millennium.

Klinisk ledning ansvarar för att säkerställa att designen av Millennium sker i enlighet med nationella och regionala riktlinjer och att systemet ger ett effektivt stöd i den dagliga verksamheten. Vidare ansvarar klinisk ledning för att omhänderta frågor och tar ställning till regionala styrande dokument, som rör förändrade arbetssätt och processer som spänner över flera verksamhetsområden. Klinisk ledning arbetar på uppdrag av koncernledning hälso- och sjukvård. Sjukhusdirektören för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ordförande i gruppen och leder gruppen utifrån hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektörens beslutsmandat. Representanter i klinisk ledning nomineras av respektive förvaltningsledning.

För att säkerställa en korrekt beredningsprocess till klinisk ledning beslutade hälso- och sjukvårdutvecklingsdirektören i januari 2023, om att inrätta en så kallad instyrningsfunktion. Funktionen har i uppdrag att bedöma vilka ärenden/behov som ska initieras in i beredningsprocessen och därefter säkerställa att det finns en korrekt beredningsprocess inför beslut i klinisk ledning. Instyrningsfunktionen leds av avdelning för stöd och utveckling av vårdens processer, koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling. Det finns en uppdragshandling för instyrningsfunktionen som närmare beskriver funktionens uppdrag och vilka representanter som ingår.

Nätverket för införandeansvariga inom hälso- och sjukvårdens digitalisering, är en referensgrupp till styrgrupp hälso- och sjukvårdens digitalisering, klinisk ledning och program Millennium. Nätverket ska bidra med kunskap och kompetens avseende strategiska och taktiska frågor i relation till digitala införanden kopplat till hälso- och sjukvården.

Programledning Millennium Länet bereder förslag till ändringar som får konsekvenser för Västra Götalandsregionen och kommunerna inför beslut i

⁷ Styrgrupp för hälso- och sjukvårdens digitalisering (Diarienummer RS 2022-04921)

programledningsgrupp Millennium. Ledningsgruppen är ett stöd för programchef Millennium i beslutsfattande och utvecklingsarbete för framdrift av införandet av Millennium samt för kommunikationen. Enligt uppgift har denna grupp nyligen omformats till en taktisk grupp för synkning mellan Millennium och andra digitala lösningar⁸. Programchef Millennium samordnar arbetet och är ordförande för gruppen. I denna grupp finns representant från kommunerna (representerad av VästKom).

Styrgrupp samordning Millennium Region Skåne och Västra Götalandsregionen är den gemensamma styrgruppen för Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Gruppen säkerställer möjligheterna till gemensamt designarbete, erfarenhetsutbyte och samordnade beslutsunderlag för bland annat legala beslut.

Styrning av avtalsfrågor hanteras i *avtalsgruppen* och *kontrakthanteringsgruppen*.

Det finns även ett gemensamt programkontor som stöttar och samordnar de ingående projekten och leds av programchefen. Vidare finns forum för operativ styrning av programmet, ändringshantering och riskhantering.

Regiondirektören beslutade i februari 2023 om en uppdragshandling för att tydliggöra roller och ansvar för⁹:

- koncernstab för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling
- koncernstab för uppdrag och produktion av hälso- och sjukvård
- koncernstab för digitalisering
- enhet för informatik och standardisering
- utförare (förvaltningar och privata vårdgivare)
- övriga aktörer (HR, Ekonomi, Kommunikation, enhet säkerhet och beredskap och enhet juridik).

Hälso- och sjukvårdutvecklingsdirektören beslutade i augusti 2023 om en uppdragsbeskrivning¹⁰ för att tydliggöra roller och ansvar för:

- införandeansvarig hälso- och sjukvårdens digitalisering
- nätverket för införandeansvariga hälso- och sjukvårdens digitalisering
- förändringsledare hälso- och sjukvårdens digitalisering.

⁸ Andra digitala lösningar avser An IVA, LISA och FVM EE.

⁹ Uppdrag och ansvar för aktörer som alla är medskapare till hälso- och sjukvårdens digitalisering (Diarienummer RS 2022-04921)

¹⁰ Uppdragsbeskrivningar hälso- och sjukvårdens digitalisering (Diarienummer RS 2023-04314)

Upplevelsen bland intervjuade är att det finns en tydlig roll och ansvarsfördelning mellan regionens representanter och med leverantören inom programmet. Däremot upplever vissa intervjuade att gränsdragningen inte är helt tydligt, sett till mandatet att fatta beslut mellan program Millennium, koncernledning hälso- och sjukvård, styrgruppen för hälso- och sjukvårdens digitalisering och förvaltningarna.

Genomförandeplan

Programområden

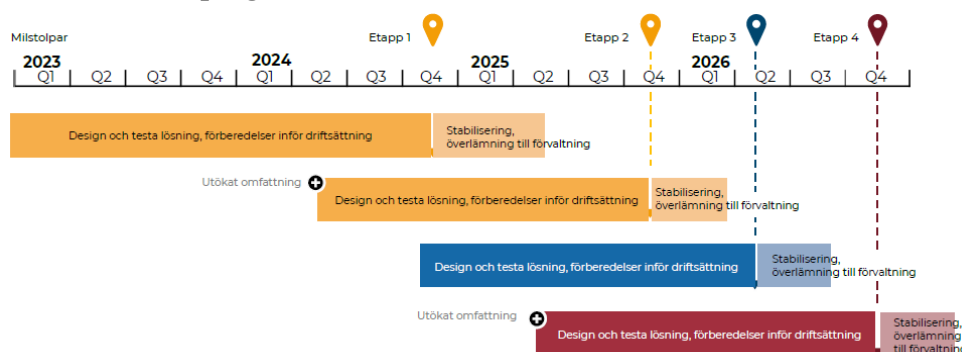
Program Millennium omfattas av tre programområden:

- Kliniska processer- designa enhetliga processer och arbetssätt.
- Implementering- samordna införandet av program Millennium i länet.
- Teknik- utforma teknik och arkitektur.

Varje programområde innehåller ett eller flera projekt som leds av projektledare från programkontoret.

Tidsplan

Det finns en övergripande tidsplan som omfattar hela programmet och beskriver vilka väsentliga aktiviteter som ska utföras och när de ska utföras, fram till det att programmet avslutas under 2027.



Figur 2 övergripande tidsplan för program Millennium.

Till den övergripande tidsplanen finns en detaljerad tidsplan, så kallad 16-månadersplanen, som beskriver vilka aktiviteter som ska genomföras inför den första driftstarten i november 2024. Mer om denna plan finns beskrivet i avsnitt *styrning och ledning av lokala implementeringsprojekt*.

Av intervjuer framkommer att arbetet sker i enlighet med tidsplanen och bedömningen är att tidsplanen kommer att hållas inför driftstarten i november 2024. Revisionen noterar att det inte finns någon samlad risk-

och konsekvensanalys, om tidsplanen inte håller. Däremot finns det i avtalet mellan Västra Götalandsregionen och leverantören reglerat under ”dröjsmål” om vad som gäller om tidpunkten för leverans och implementation av en option blir försenad.

I november 2023 beslutade programstyrgruppen om att införandet av program Millennium för privata vårdgivare i södra området flyttas ett år, från hösten 2024 till hösten 2025. Anledningen är att det behövs mer tid att lösa vissa tekniska frågor för privata vårdgivares underleverantörer innan första driftstart i november 2024. Som grund för beslutet finns en risk- och konsekvensanalys.

Med anledning av att det saknas resurser i Västkom, finns det en försening i kommunernas arbete med implementering av program Millennium.

Arbetsformer

Riskhantering

I programmet hanteras både risker som påverkar programmet och vårdskaderisker som kan uppkomma vid leverans och drift av systemet. Det finns två styrdokument som närmare beskriver hur dessa risker ska hanteras.

Identifierade risker dokumenteras i ett gemensamt riskregister och följs upp löpande. Varje risk värderas utifrån sannolikhet och konsekvens, poängsätts, tilldelas en ansvarig person och en åtgärdsplan tas fram. För de risker som har ett riskvärde över åtta, lyfts risken vidare till programledningsgruppen. Revisionen har tagit del av det gemensamma riskregistret, där det framgår beskrivning av risken, riskvärde, ansvarig person och åtgärdsplan. Revisionen har även tagit del av exempel på risker, med ett riskvärde över åtta och tillhörande åtgärdsplaner, som har presenterats till programledningsgruppen.

Utöver det egna riskarbetet finns ett samarbete med Region Skåne för att skapa samsyn kring att formalisera gemensamma risker och risknivåer kopplat till vårdskaderisker. Exempel bör samma risk som är identifierad i Västra Götalandsregionen och Region Skåne ha samma riskvärde.

Av intervjuer framkommer att en fördjupad rapportering kring risker sker varannan vecka i programledningsgruppen. Upplevelsen bland flera intervjuade är att riskerna lyfts snabbt genom programstrukturen. Däremot upplever flera intervjuade att återkoppling kring riskerna är ett förbättringsområde.

Kommunikation

I programdirektivet framgår det att kommunikation är en avgörande framgångsfaktor för ett lyckat införande av program Millennium. Kommunikationen ska präglas av begriplighet, tydlighet, och dialog med de verksamheter som ska genomföra förändringen och med andra berörda grupper. Det kräver också öppenhet och transparens, vilket är en förutsättning för delaktighet.

Under hela programtiden ska det finnas möjligheter till information, kommunikation och insyn via flera kanaler. Kommunikationen ska uppfylla en eller flera effekter, till exempel:

- öka kännedom, kunskap och förståelse
- involvera för att öka acceptans, engagemang och ägarskap
- motivera till handling
- stödja förändringsarbete.

Det finns även en övergripande kommunikationsplan för första införandet av Millennium 2023–2024¹¹. Dokumentet beskriver organisation och ansvarsfördelning, tidplan och metod, mål med kommunikationen, målgrupper/aktörer, kommunikationsstrategi, budskap, mediastrategi och talespersoner, kanaler och kommunikativa utmaningar. Exempel på kommunikativa utmaningar som beskrivs i dokumentet är:

- förändringsmotstånd, ryktesspridning och misstro
- förtroendet för förändringen kopplat till att tidplanen för införandet ändrats flera gånger
- förtroendet i kommunerna utifrån ändrad omfattning på införandet
- att skapa rätt förväntningar
- att det saknas svar på viktiga frågor
- att man inte accepterar hur Millennium fungerar som system
- att andra införanden med beroenden till Millennium påverkar förtroendet för leverantören (taligenkänning, e-tjänster i Vård och hälsa)
- att program Millennium kan vara svårt att överblicka och förstå
- mängden projekt i programmet som måste samverka och koordineras
- otydligheter i samband med förändrad ansvarsfördelning mellan program och linjeorganisationen i Västra Götalandsregionen.

¹¹ Övergripande kommunikationsplan första införandet av Millennium 2023–2024 beslutad av koncernstab kommunikation 2023-08-29

På Västra Götalandsregionens hemsida – vårdskiftet, finns information om program Millennium. Exempelvis finns aktuell information, nyhetsbrev, lägesrapporter och filmer om systemet.

Upplevelsen bland intervjuade är att det finns en välfungerande kommunikation mellan regioners representanter inom program Millennium, med leverantören och Region Skåne. Däremot upplever flera intervjuade från verksamheterna att kommunikationen från programmet till verksamheterna har varit bristfällig. Exempelvis uppger intervjuade att det vid flera tillfällen har efterfrågats mer insyn och information om systemet, men att återkoppling har saknats från programmet. Programmet uppger att det finns en medvetenhet och förståelse för att verksamheterna efterfrågar mer information och insyn i systemet, men att all fokus i programmet har varit att komma vidare i designprocessen av systemet. Vidare framkommer det att systemet Millennium inte är färdigt och att arbetet genomförs i flera parallella spår och av den anledningen finns det inte svar på alla frågor. Informationen kommer enligt uppgift att intensifieras i det kommande arbete.

Uppföljning och rapportering

Ordförande för programstyrgruppen genomför sitt uppdrag med regiondirektörens mandat. Regiondirektören får ta del av protokoll för programstyrgruppen och styrgruppen för samordning Millennium för Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I samband med styrgruppen hälso- och sjukvårdens digitalisering möten, informerar ordförande för programstyrgruppen om status, progress och beslut för program Millennium. Vid behov lyfter regiondirektören ärenden vidare till koncernledning hälso- och sjukvård. Det finns enligt uppgift inget uttalat om vilka specifika ärenden som ska lyftas vidare till koncernledning hälso- och sjukvård, utan den bedömningen görs för varje ärende.

Programmets status och mål rapporteras löpande via programledning till programstyrgrupp. Revisionen har tagit del av mötesanteckningar för programledningsgruppen och programstyrgruppen samt en beslutslogg för de beslut som tagits i programstyrgruppen och programledningsgruppen.

I samband med programstyrgruppens möte i september bjöds representanter för Södra Älvsborgs Sjukhus och Närhälsans lokala implementeringsprojekt in. Programstyrgruppen fick en presentation om de viktigaste pågående aktiviteter, planerade aktiviteter, behov av beslut samt hinder och utmaningar.

Dokumenthantering

Dokumentation för program Millennium lagras på Västra Götalandsregionens projektyta CANEA. Revisionen noterar att det finns ett flertal dokument som är utdaterade.

Programmets ekonomi

Regionstyrelsen har beslutat om budgetram och finansiering för programmet till och med kvartal två 2027. Budgetramen uppgår totalt till 3 388 miljoner kronor. Då det finns en osäkerhet kring när i tiden vissa kostnader kommer att belasta programmet, har regionfullmäktige beslutat att årliga över- och underskott kan föras över mellan åren¹².

Programbudgeten hanteras i enlighet med Västra Götalandsregionens ordinarie budgetprocess. Programbudgeten för år 2023 uppgår totalt till 459 miljoner kronor och prognosen för helåret är ett utfall på 429 miljoner kronor, vilket är ett överskott på + 30 miljoner kronor. Överskottet förklaras av lägre kostnader än beräknat för hårdvara och licenser samt lägre kostnader i projekten. Däremot har ersättning till leverantören ökat på grund av tilläggsbeställningar.

Programmets ekonomi följs upp månadsvis och sammanställs i månadsrapporter till bland annat programchef, medicinsk rådgivare och ekonomidirektör. Revisionen har tagit del av månadsrapporterna fram till oktober 2023.

Programchefen har budgetansvaret för program Millennium. Eventuella budgetöverskridanden för programmet lyfts vidare till ordförande för programstyrgruppen för beslut.

Det finns ett dokument, *Program Millennium - principer för ekonomi*, som beskriver ekonomirutinerna för programmet.

Framtida förvaltningsorganisation

Parallellt med implementeringen pågår arbete med den framtida förvaltningsorganisationen för program Millennium. Regiondirektören beslutade i augusti 2023 om att fastställa inriktningen för den framtida organisatoriska hemvisten för Millenniums processutveckling, som kommer placeras på koncernstab strategisk hälso- och

¹² Uppdaterade kostnader, finansiering och regelverk för införande av Millennium (Framtidens vårdmiljö kärnsystem) (diarienummer RS 2020-01882)

sjukvårdsutveckling¹³. Vid granskningens genomförande pågår arbete med processen för organisationsförändringen och att kartlägga vårdens processer och stödprocesser kopplat till program Millennium och andra digitaliseringsprojekt.

I slutet av 2024 övergår projektet i en övergångsorganisation, där delar av organisationen ligger kvar i en särskild programorganisation samtidigt som koncernstab digitalisering blir den organisatoriska hemvisten för den så kallade leveransorganisationen. Koncernstab digitalisering kommer att ansvara för drift och support av program Millennium. Vid granskningens genomförande pågår rekrytering av cirka 90 personer inför driftsättningen i november 2024. Flera av dessa personer rekryteras från program Millennium och lånas sedan tillbaka till programmet under en övergångsperiod. Detta för att säkerställa kontinuitet i kompetensen. Intervjuade upplever att det är en utmaning att hinna utbilda dessa 90 personer så att de har rätt kunskapsnivå inför driftsättningen. För att säkerställa detta finns löpande dialoger med leverantören, om hur kunskapen av systemet ska föras över till regionen på bästa sätt.

Utmaningar och risker

Exempel på utmaningar och risker som har lyfts från intervjuer kopplat till styrning, ledning och organisering av program Millennium:

- Tidsplanen har flera gånger blivit framskjuten och det finns en oro inför driftstarten.
- Oförmåga att hantera oförutsedda hinder på grund av lite tid inför driftstarten.
- Bristen till insyn i systemets uppbyggnad medför att det är svårt att planera för kommande arbetssätt.
- Otydligheter i samband med förändrad ansvarsfördelning mellan program Millennium, koncernstaben för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling och linjeorganisationen.
- Otydligheter sett till mandatet att fatta beslut riskerar att det inte finns tillräckligt snabba beslutsvägar för att hantera uppkomna problem.
- Otillräcklig kommunikation från programmet till de lokala projekten.

¹³ Beslut om inriktning för den organisatoriska hemvisten för Millennium processutveckling 2023-08-31.

Revisionen noterar att de exempel på utmaningar och risker som lyfts fram av intervjuade, utgör ett flertal av de kommunikativa utmaningar som finns identifierade i den övergripande kommunikationsplanen.

Uppföljning regionstyrelsen

Regiondirektören informerar enligt uppgift, i samband med koncernledning hälso- och sjukvård vad som framkommit i styrgruppen hälso- och sjukvårdens digitalisering.

Regionstyrelsen

I regionstyrelsens detaljbudget finns ett avsnitt om program Millennium och att regionstyrelsen ska följa införandet¹⁴.

Vid regionstyrelsens sammanträde i juni har styrelsen fått information om program Millennium. Det framkommer att det ska ske en kontinuerlig uppföljning vid vartannat möte i ägarutskottet.

I styrelsens delårsrapport per april och augusti 2023 finns en ekonomisk uppföljning för program Millennium. I delårsrapporten per augusti 2023 finns ett avsnitt om program Millennium som beskriver att arbetet i program Millennium sker enligt plan, eventuella risker identifieras och hanteras löpnande och att införandet av 16-månadersplanen har påbörjats.

Regionstyrelsen fastställde i juni 2021 en åtgärdsplan för hantering av övergripande risker som rör införandet av program Millennium. En revidering av planen gjordes i februari 2023, mot bakgrund av att Västra Götalandsregionen och leverantören enats om en ny affärsuppgörelse och reviderad tidplan. I samband med delårsrapporten per april och augusti 2023 finns en uppföljning av åtgärdsplanen. Åtgärdsplanen innehåller 11 risker med beskrivna åtgärder, tidpunkt för färdigställande, status och kommentar (per april/augusti). Riskerna presenteras nedan:

- Risken är att Västra Götalandsregionen inte förmår förbereda för utmönstring av gamla system och arbetssätt.
- Risken är att mobila lösningar för hantering av Millennium inte fullt ut hänger med.
- Risken är att kostnaderna för införandet blir avsevärt högre än vad Västra Götalandsregionen inledningsvis planerade för och därmed tränger undan annan utveckling.

¹⁴ Detaljbudget 2023 fastställt av regionstyrelsen 2023-02-21

- Risken är att Millennium blir för mycket av en separat strategi och inte tillräckligt tydligt sammankopplad med omställningen av hälso- och sjukvården och målet att bli ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.
- Risken är att de lösningar som har tagits fram för att säkra effekthemtagningen inte används.
- Risken är att Västra Götalandsregionen inte når målet om ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem för att uthålligheten för införandet av Millennium inte räcker.
- Risken är att Västra Götalandsregionen inte klarar att minska den centrala administration och dess resurser genom att avveckla program Millennium när programmet är över.
- Risken är att tjänstemannaorganisationen inte är tillräcklig beslutsför när det gäller regiongemensamma beslut och prioriteringar.
- Risken är att fastställda regiongemensamma processer och arbetssätt för digitalisering av hälso- och sjukvården inte efterlevs då Västra Götalandsregionen inte lyckats med ledning och styrning.
- Risken är att Västra Götalandsregionen inte mår med att inkludera alla delar av det sammanhållna länsregiongemensamma hälso- och sjukvårdssystemet tillsammans med kommunerna och externa utförare och att digitaliseringens del i omställningen av hälso- och sjukvården därmed inte möter alla parter behov.
- Risken är att Västra Götalandsregionen inte ger kommunerna tillräckligt stöd och service då Västra Götalandsregionen inte förmår att ta ansvar för rollen som part i sjukvårdssystemet och som leverantör av IT-tjänster samtidigt.

Enligt reglementet ska regionstyrelsen årligen fastställa och följa upp plan för intern kontroll. Revisionen noterar att regionstyrelsen inte har antagit en internkontrollplan för år 2023.

Bedömning

Bedömningen är att regionstyrelsen, genom programstyrningen delvis har en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av program Millennium.

Granskningen visar att regionstyrelsen, genom programstyrningen har stärkt styrning, ledning och organiseringen av program Millennium. Bedömningen är att det finns ett strukturerat arbete i enlighet med programdirektivet.

Revisionen ser positivt på det omfattande arbete som sker på övergripande nivå inom regionen och inom programmet. Däremot ser vi att det är viktigt att arbetet med Millennium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet.

Vidare bedömer revisionen att det finns risker kopplat till kommunikation och otydligheter i beslutsmandat, som kan leda till att effektmål och program mål inte uppnås och att implementering av program Millennium inte sker enligt tidsplan.

I programdirektivet beskrivs att kommunikation är en avgörande framgångsfaktor för ett lyckat införande av program Millennium. Vidare beskrivs att kommunikationen ska präglas av begriplighet, tydlighet, och dialog med de verksamheter som ska genomföra förändringen. Revisionen bedömer att programmet inte fullt ut har säkerställt att kommunikationen har skett i enlighet med det som beskrivs i programdirektivet. Revisionen bedömer att det finns behov av att vidta åtgärder och stärka kommunikationen.

Granskningen visar att roller och ansvar har förtydligats sedan regiondirektörens beslut om förändrad ledning och ansvar, däremot bedömer revisionen att mandatet för att fatta beslut, inte är helt tydligt. Revisionen bedömer att det finns behov av att tydliggöra beslutmandatet.

Med hänsyn taget till att program Millennium är Västra Götalandsregionens viktigaste digitaliseringssatsning och en av de övergripande strategierna för att utveckla hälso- och sjukvården, bedömer revisionen att regionstyrelsen inte har säkerställt att det finns en tillräcklig och systematisk uppföljning av program Millennium. Granskningen visar att uppföljningen huvudsakligen sker i samband med delårsrapporterna och genom ägarutskottet.

Styrning och ledning av lokala implementeringsprojekt

Projektdirektiv implementering

Projektdirektiv ska användas som utgångspunkt vid implementeringen av Millennium i verksamheterna.

Det finns ett projektdirektiv för programområdet implementering och projektdirektiv för varje lokalt implementeringsprojekt. Vid granskningens genomförande pågår arbete med att revidera projektdirektiven. Arbetet beräknas slutföras innan årsskiftet.

Revisionen har tagit del av utkast till projektdirektiv avseende Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan.

Leda implementeringen i den egna verksamheten

Implementeringsprojektets mål är att implementera Millennium i den egna verksamheten och tillämpa de regionala arbetssätten som blir en följd av införandet av en gemensam vårdinformationsmiljö.

Implementeringsprojektet ansvarar för att:

- säkra plan för implementering av Millennium i den egna verksamheten
- minimera produktionsstörning vid driftsättning
- genomföra implementeringen av Millennium och kontinuerligt följa upp förändringen med hjälp av nyttorealiseringsplanens indikatorer
- utbilda samtliga berörda medarbetare så att de är redo att använda nya arbetssätt och Millennium
- avveckla användningen av nuvarande system
- säkerställa nödvändig facklig samverkan lokalt
- säkra intressethantering och kommunikation i den egna organisationen.

Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan har en implementeringsorganisation, som består av bland annat följande roller:

Projektroll	Ansvar
Uppdragsgivare	Säkerställa att implementeringsprojektets mål nås.
Projektledare	Arbetar på uppdrag av program Millennium. Leder arbetet i projektet och ansvarar för att projektplanen följs. Följer upp och rapporterar progress, avvikelser och risker.

Teknikansvarig	Arbetar på uppdrag av program Millennium. Hanterar lokala behov av utrustning, nätverkskapacitet och vårdklient.
Utbildningsansvarig	Arbetar på uppdrag av program Millennium. Ansvarar för lokala förutsättningar och förhållanden avseende planering och schemaläggning av utbildning. Företräder sin verksamhet i program Millenniums gemensamma arbete kring utbildning.
Utbildare	Arbetar på uppdrag av program Millennium. Utbildning av användare.
Millennium coach samordnare	Samordnar Millennium-coacher genom att planera, leda, styra och följa upp. Är kontaktperson till chefer i bemanning av Millennium coacher.
Millennium coacher	Stöttar projektet i olika utbildningsaktiviteter. Har fördjupad kunskap om arbetsflöden i Millennium. Stöttar verksamheten under övergången till Millennium.
Kommunikatör	Stöd till implementeringsprojektet i kommunikationsfrågor.
Förändringsledare	Arbetar på uppdrag av koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutvecklingsstaben. Ansvarar för lokala förutsättningar och förhållanden avseende förändringsledning. Företräder sin verksamhet i program Millenniums gemensamma arbete kring förändrade arbetssätt.
Förändringsambassadör	Stöttar chef i arbetet med förändringsledning på uppdrag av förändringsledare.
Införandeansvarig	Har det överordnade ansvaret för att implementeringen av Millennium genomförs på ett bra och lämpligt sätt samt att det blir ett stöd till verksamheterna.

Tabell 1 roller och ansvar i implementeringsorganisationen.

Projektledarna från Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan har veckovisa möten med programmets projektledare för programområdet implementering. Vid dessa möten diskuteras status och eventuella hinder i implementeringen. Det finns även ett pågående arbete med att dela med sig av goda exempel och diskussion och hantering av gemensamma risker. Av intervjuer framkommer att det inte finns något enkelt sätt att dela dokument mellan programmet och projektledarna. Det pågår diskussioner om hur detta arbete kan förbättras, då SharePoint¹⁵ inte har varit en aktuell lösning.

I implementeringsorganisationen finns även styrgrupper som ska säkerställa implementeringen av Millennium i den egna verksamheten. Styrgrupperna för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan presenteras nedan.

¹⁵ SharePoint är ett dokumenthanteringssystem och innehållshanteringssystem

Styrgrupp för program Millennium i Södra Älvsborgs Sjukhus utgörs av sjukhusledningen. Representanter i sjukhusledningen är bland annat sjukhusdirektör, införandeansvarig, administrativ chef och tillgänglighets- och produktionschef.

Närhälsan och Regionhälsan har en gemensam strategisk styrgrupp och varsin operativ styrgrupp som behandlar program Millennium. Representanter i styrgrupperna är bland annat förvaltningsdirektörer, införandeansvariga, förändringsledare, projektledare, utvecklingschefer, chefsläkare och enhetschefer/regionområdeschefer.

I samband med styrgruppsmötena behandlas status, information och beslut kopplat till program Millennium. Varje styrgrupp har möten en gång per månad. Revisionen har tagit del av mötesanteckningarna för 2023, från styrgrupperna.

Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan har nyligen bildat en gemensam samordningsgrupp i syfte att hantera gemensamma frågor och utmaningar i implementeringen. I denna grupp finns sjukhusdirektör/förvaltningsdirektörer, utvecklingschefer och införandeansvariga.

Regionhälsan har en organisation för beredning och implementering för förändringar. Organisationen består av två delar, första delen ansvarar för beredning av utvecklingsärenden inför beslut och andra delen ansvarar för implementering av beslutade utvecklingsuppdrag inom förvaltningen. Det finns en implementeringsprocess som närmare beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Närhälsan har även en organisation och process för hur beredning och implementering av de förändringar som Millennium medför.

Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan för regelbundna dialog med fackliga organisationer via de centrala samverkansgrupperna. De fackliga organisationerna får exempelvis information om status på program Millennium, arbetsprocesser och förändring av ansvar och roller.

Riskhantering

Projektledare ansvarar för riskhanteringen inom sina respektive projekt. Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan identifierar risker löpande och riskerna registreras i förvaltningarnas respektive riskloggar. Revisionen har tagit del av förvaltningarnas respektive risklogg. I riskloggarna framgår beskrivning av risken, riskvärde, ansvarig person och åtgärdsplan.

Av intervjuer framkommer att risker som påverkar aktiviteter inför driftsättning och risker som påverkar programmets mål rapporteras till program Millennium. Vårdskaderisker rapporteras till forum för vårdskaderisker. Risker som påverkar det lokala implementeringsprojektet rapporteras till respektive styrgrupp/förvaltningsledningsgrupp och i vissa fall rapporteras det vidare till koncernledning för hälso- och sjukvård. Någon systematisk rapportering av risker till respektive styrelse sker inte.

Övriga digitala lösningar

Granskningen visar att det pågår ett antal förberedande digitala lösningar inför Millennium. Exempel är taligenkänning, realtidsdokumentation och patientportalen Vård och Hälsa.

Samtidigt pågår arbete med att ta fram en avvecklingsplan för befintliga system som ska avvecklas. Exempel på system som ska avvecklas är Melior, Elvis och Asynja Visph. Regionstyrelsen kommer att ta över förvaltningarnas kostnader för befintliga system som ännu inte hunnit avvecklas, efter full implementering 2027¹⁶.

Genomföra implementeringen

Tidsplan och aktiviteter

I maj 2023 aktiverades den så kallade 16-månadersplanen, som är en nedräkning inför driftstart i november 2024. I planen framgår att:

- 16–11 månader innan driftstart ska planering och förberedelser, som exempelvis designarbete, vara genomförda.
- 10–3 månader innan driftstart ska aktiviteter, som exempelvis arbetsflödesgranskningar, genomföras enligt plan för att förbereda driftstart.
- 2–0 månader innan driftstart ska användare utbildas i nya arbetssätt.
- + 6 månader efter driftstart ska nya arbetssätt vara implementerade och överlämning ska ske till förvaltning.

Till 16-månadersplanen, finns leveranser och milstolpar som ska ingå i implementeringsprojektet på lokal nivå. Exempel på leveranser och milstolpar är utse projektledare, ta fram förändringsledningsplan och kommunikationsplan. En uppföljning av dessa aktiviteter sker i samband med projektmöten med programmets projektledare för implementering.

¹⁶ Införande av Millennium (Framtidens vårdinformations miljö kärnsystem) - kostnader, finansiering och regelverk (Diarienummer RS 2019-02103)

Vid granskningens genomförande (hösten 2023), går designarbetet mot sin slutfas och successivt startar demosessioner av program Millennium och arbetsflödesgranskningar på lokal och regions/och läns gemensam nivå, som är en del i kunskapsöverlämningen (samskapandet)¹⁷ från program Millennium till förvaltningarna. Syftet med arbetsflödesgranskningar är att

- skapa förståelse för vad införandet av Millennium innebär för det dagliga arbetet.
- skapa förståelse för vilka arbetssätt som krävs för att maximera nyttan av systemet.
- planera för hur förändringsbehovet ska kommuniceras och hanteras på olika nivåer inom verksamheten.

En arbetsfördelning i arbetsflödesgranskningen mellan programmet och linjeorganisationen har tagits fram av koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling.

Programmet ansvarar för att samordna och koordinera sessioner och initieringen av arbetsflödesgranskningar. Förvaltningarna ansvarar för att utse representanter som ska delta i arbetsflödesgranskningarna.

Efter arbetsflödesgranskningarna ansvarar varje förvaltning för att fortsätta analysera och planera för det egna införandet, till exempel att utvärdera vilka nuvarande arbetssätt som är viktiga att fortsätta med, vilka arbetssätt ska slutas med och vilka arbetssätt ska börjas med.

Det kommer att hållas möten för att omhänderta de frågor och oklarheter utifrån arbetsflödesgranskningarna. Exempelvis kommer vissa frågor att gå tillbaka till program Millennium för att jobba vidare med, andra tas hand om i samordningsråden för de olika medicinska områden och en del frågor kommer hanteras i linjeorganisationen tillsammans med införandeansvariga och koncernstab för strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling.

Utmaningar och risker

Flertalet av de intervjuade upplever att kunskapsöverlämningen (samskapandet) kommer sent i tidsplanen och känner en oro inför driftstarten i november 2024. Exempel på utmaningar och risker som har lyfts från intervjuer kopplat till tidsplan och implementering är:

- Gränsdragning kring vad som ingår i millennium och vad som är andra digitalisering är inte helt tydligt.

¹⁷Begreppet kunskapsöverlämning ersätts med att samskapa kunskap. Samskapandet initieras utifrån att design och configurationsarbetet i programmet är klart, förändringsdokument skapas, sessioner bokas in och presentationer förbereds.

- Rekryteringen till arbetsflödesgranskningarna riskerar att bli en utmaning tidsmässigt.
- Risk för att det inte finns tillräcklig med förståelse för Millennium.
- Risk för att det inte finns tillräckligt med tid att förankra de nya arbetssätten.
- Risk för att det inte finns tillräckligt med tid och beredskap för att hantera oförutsedda problem vid driftstart.
- Upplever vissa svårigheter med det lokala mottagandet vilket påtalas kan stärkas med förbättrad kommunikation.
- Under implementeringen kommer arbetet ske i dubbla/flera system, vilket kan leda till olika typer av verksamhetspåverkningar.
- Olika införandeperioder av Millennium kräver att verksamheten arbetar i dubbla/flera system.
- Otydligheter kring den ekonomiska kompensationen för implementeringen till förvaltningarna.
- Skapa och uppdatera styrande dokument riskerar att bli en utmaning tidsmässigt.

Förändringsledningsplan

Det finns en förändringsledningsplan för Hälso- och sjukvårdens digitalisering¹⁸. Planen syftar till att chefer och medarbetare ska vara väl förberedda inför digitala införanden, och känna sig välinformerade om, delaktiga i och motiverade till att genomföra förändringen.

Planen innehåller struktur, arbetssätt, roller och ansvar inom följande områden:

- Gemensamma arbetssätt och förändringsledningsaktiviteter
- Sammanhållen kommunikation
- Ledarengagemang och medarbetares delaktighet
- Uppföljning
- Revidering av plan

Södra Älvsborgs Sjukhus och Regionhälsan har tagit fram lokala förändringsledningsplaner för sina verksamheter, beslutade av förvaltningarnas respektive styrgrupp. Förändringsledningsplanen för Närhälsan är framtagen, avstämd och används, men den är ännu inte beslutad i förvaltningsledningen, med anledning av att det pågår ett arbete att ta fram en mer detaljerad förändringsledningsplan.

¹⁸ Förändringsledningsplanen är beslutad av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör 2023-06-21.

Kommunikation

Utifrån den övergripande kommunikationsplan för första införandet av Millennium 2023–2024 finns lokala kommunikationsplaner framtagna för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan.

Ledarforum

För att öka kunskapen och förståelsen för de lokala förberedelserna inför driftstart finns regionala ledarforum som riktar sig till chefer och ledare inför implementeringen av Millennium. Ledarforumen genomförs 1–2 gånger per termin under programtiden för införandet. Vid granskningens genomförande har tre ledarforum genomförts.

Utöver de regionala ledarforumen finns enligt uppgift även lokala ledarforum.

Teknisk utrustning

I samband med implementeringen av Millennium kommer teknisk utrustning behöva kompletteras eller bytas ut.

Regionfullmäktige beslutade i september 2019 om fördelning och finansiering av tillkommande kostnader som uppstår i samband med implementering av Millennium¹⁹. I beslutet framkommer att kostnader som uppstår hos utförarna vid implementering av systemet i huvudsak ska täckas av ett schablonbidrag, som fördelas till respektive förvaltning.

Av intervjuer framkommer att förvaltningarna behöver köpa in teknisk utrustning, som exempelvis skrivare och scanner för att kunna utföra arbetet i Millennium. Om dessa kostnader inte inryms i schablonbidraget som fördelas till respektive förvaltning, kommer det att belasta verksamhetens ekonomi. I nuläget är det oklart om verksamheterna kommer att få ersättning för de kostnader som inte inryms i schablonbidraget. Vidare finns det en osäkerhet kring om de tekniska utrustningar som köps in kommer att behöva bytas ut om 1–2 år, vilket kommer innebära ytterligare kostnader för verksamheterna, om verksamheterna inte kommer ersättas för kostnader som överstiger schablonbidraget. Exempelvis har Södra Älvsborgs Sjukhuset identifierat att inköp av utrustning för de kommande två åren kommer att uppgå till cirka 17 miljoner kronor. Det framkommer även att det finns en osäkerhet

¹⁹ Införande av Millennium (Framtidens vårdinformations miljö kärnsystem) - kostnader, finansiering och regelverk (Diarienummer RS 2019-02103).

kring hur mycket utrustning som behöver köpas in, till exempel hur många etikettskrivare som kommer behövas.

Planera för att minimera produktionsstörning vid driftsättning

När förvaltningarna har bedömt hur stor del av besöken som inte kommer att kunna hanteras i samband med driftstarten ska frågan lyftas till den regionala funktionsgruppen för produktionschefer, för diskussion om vidare åtgärder. Exempel på åtgärder kan vara att andra förvaltningar tar emot fler besök, att se över om det finns externa vårdavtal, om det tillfälligt går att låna personal av varandra eller att förbättra tillgängligheten genom att arbeta av köer innan driftstart.

Som grund för förvaltningarnas planering finns underlag från program Millennium om uppskattad produktionsnedgång under utbildningsperioden. Underlaget är baserat på leverantörens tidigare erfarenheter.

Södra Älvsborgs Sjukhus bedömer att de inte kommer kunna hantera sin produktionsnedgång på egen hand, utan kommer behöva hjälp från andra sjukhus. Närhälsan och Regionhälsan bedömer att de kommer att kunna hantera sin produktionsnedgång genom att anpassa vilka besök som bokas in och stötta upp inom respektive förvaltning, eftersom införandet inte sker i all verksamhet samtidigt.

I november 2023 beslutades det om att införandet av program Millennium för privata vårdgivare i södra området flyttas ett år, från hösten 2024 till hösten 2025.

Av intervjuer framkommer att beslutet om att flytta införandet av program Millennium för privata vårdgivare kommer påverka Närhälsan ur ett ekonomiskt perspektiv. Exempelvis riskerar Närhälsan att förlora listade patienter på grund av resursbrist och störningar som uppstår vid införandet av Millennium, samtidigt som de privata vårdgivarna är kvar i sina etablerade system och rutiner.

Södra Älvsborgs Sjukhus uppger även att detta beslut kommer påverka sjukhusets vårdproduktion på flera sätt. Exempelvis kommer det innebära längre handläggningstider för de patienter som kommer från/till privata vårdgivare, eftersom de inte har sin dokumentation i Millennium. Detta kommer innebära att vårdproduktionen påverkas, att dokumentation inte finns samlad i ett journalsystem och kan även innebära en risk för att

dokumentation inte följer med patienten hela vägen. Därtill framkommer det att för de patienter som kommer ha sin dokumentation i Millennium, så kommer samverkan med kommunen ske i systemet SAMVY och inte i nuvarande system SAMSA.

Regiondirektören beslutade 17 november 2023 om fördelning av 100 miljoner kronor i ersättning för produktionsbortfall under implementeringen av Millennium. Beslutet gäller för de sjukhus som har en akutvårdsverksamhet, då denna verksamhet inte kan stå still under utbildningsperioden. Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, som är det första sjukhuset att implementera Millennium erhåller en extra ersättning om fem miljoner kronor som kompensation för eventuella problem som kan hinna åtgärdas till de efterföljande införandefaserna. Totalt erhåller styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus 16,55 miljoner kronor.

Utmaningar och risker

Exempel på utmaningar och risker som har lyfts från intervjuer kopplat till produktionsstörning är:

- Tiden är en riskfaktor när det gäller förankring av arbetssätten lokalt, risk finns att arbetet fortgår efter driftstart och kan ge produktionspåverkan.
- Beroende av andra sjukhus, exempel vad händer om sjukhuset som ska hjälpa till med vårdproduktionen inte klarar det.
- Krav på att journalföringen följer patienten hela vägen på grund av olika införandeperioder av program Millennium.

Utbilda alla medarbetare

Program Millennium ansvarar för att ta fram en regional struktur för gemensamma utbildningar och utbildningsmaterial. Varje chef ansvarar för att se till att den egna personalen genomgår de obligatoriska utbildningarna och att detta schemaläggs utifrån verksamhetens behov.

Utbildningen av medarbetare innehåller olika obligatoriska delar som sätts samman till ett utbildningspaket för respektive yrkesroll. Alla utbildningar är digitala och nås via Västra Götalandsregionens lärportal. Det kommer även finnas utbildare och Millennium coacher för att svara på frågor som uppstår. Vid granskningens genomförande pågår arbete med att rekrytera utbildare och Millennium coacher.

Av intervjuer framkommer det att utbildningsmaterial har blivit försenade från leverantören Cerner. Planeringen är att programmet ska få delar av utbildningsmaterialet under december 2023.

Uppföljning styrelser

Enligt reglemente²⁰ för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan ska styrelserna kontinuerligt följa upp sin verksamhet och säkerställa att det finns tillräcklig med information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

I styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus detaljbudget 2023 finns ett avsnitt som handlar om program Millennium. Program Millennium kopplas även till ett av regionfullmäktiges fokusområden - *Invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar.*

Av intervju framkommer att styrelsens presidium får löpande information om program Millennium och vid behov lyfts informationen vidare till hela styrelsen. Vid genomgång av styrelsens protokoll för 2023 finns löpande information om program Millennium.

I styrelsens delårsrapport per april finns en kort notering om program Millennium avseende ekonomi. I delårsrapporten per augusti finns ett avsnitt om program Millennium som beskriver vilka aktiviteter som genomförs, kommer att genomföras och utmaningar.

I styrelsens internkontrollplan för 2023 finns ett kontrollmoment kopplat till införandet av program Millennium.

Styrelsen för Närhälsan

I styrelsen för Närhälsans detaljbudget 2023 finns program Millennium kopplat till ett av regionfullmäktiges fokusområden - *Ökat fokus på insatser kopplade till arbetsmiljö och personalvård, avlastning och uppgiftväxling.*

I styrelsens delårsrapport per april finns ingen information om program Millennium. I delårsrapporten per augusti finns ett avsnitt om program Millennium som beskriver det fortsatta arbetet och utmaningar i Millennium.

Vid styrelsens sammanträde i november 2023 informerar primärvårdsdirektör om statusen för införandet av program Millennium. I Närhälsans internkontrollplan 2023 finns inget kontrollmoment kopplat till program Millennium.

²⁰ Reglemente för styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan är fastställt av regionfullmäktige 2022-11-29

Styrelsen för Regionhälsan

I styrelsen för Regionhälsans detaljbudget 2023 beskrivs program Millennium som en av Regionhälsans långsiktiga strategier.

I styrelsens delårsrapport per april 2023 framgår att eget kapital kommer att utnyttjas för att bland annat finansiera program Millennium. I delårsrapporten per augusti 2023 finns ett avsnitt om program Millennium, som beskriver vilka aktiviteter som genomförs och kommer att genomföras.

Vid sammanträdet i mars och april fick styrelsen information om program Millennium. Av intervjuer framkommer det att rapportering till styrelsen kommer att intensifieras i takt med införandet.

I styrelsens internkontrollplan 2023 finns inget kontrollmoment kopplat till program Millennium.

Bedömning

Bedömningen är att styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan delvis har en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av implementeringsprojektet i södra området.

Granskningen visar att styrning, ledning och organisering av implementeringen av program Millennium sker utifrån projektdirektiven. Vid granskningens genomförande pågår dock en revidering av projektdirektiven, som ska vara utgångspunkten i implementeringen. Revisionen bedömer att arbetet snarast bör slutföras. Utifrån de förutsättningar som finns, bedömer revisionen att det finns ett aktivt arbete inom implementeringsprojektet.

Sett till att implementeringen av program Millennium är ett komplext och omfattande förändringsarbete ser revisionen att det finns risker kopplat till tidsplan och produktionsstörning. Revisionen bedömer att tiden utgör en riskfaktor för att uppnå de aktiviteter som beskrivs i tidsplanen. Vidare bedömer revisionen att det finns risk att nya arbetssätt inte förankras och tillämpas i den utsträckning som önskas, vilket får påverkan på produktionsstörningen.

Bedömningen är att Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan delvis har säkerställt att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet. Revisionen bedömer att uppföljningen är av övergripande karaktär och att det finns behov av att stärka och systematisera uppföljningen.

Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att de granskade styrelserna delvis har en ändamålsenligt utformad styrning, ledning, organisering och uppföljning av program Millennium för att uppnå programdirektiv med dess effektmål och programmålen samt implementering enligt tidplanen.

Regionstyrelsen har genom programstyrningen delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av program Millennium. Bedömningen grundas på att regionstyrelsen har genom programstyrningen stärkt styrning, ledning och organiseringen av program Millennium och det finns ett strukturerat arbete i enlighet med programdirektivet. Revisionen ser positivt på det omfattande arbete som sker på såväl programnivå som regionövergripande nivå med program Millennium. Däremot ser vi att det är viktigt att arbetet med Millennium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet. Vidare bedömer revisionen att det finns risker kopplat till kommunikation och otydligheter i beslutsmandat, som kan leda till att effektmål och programmål inte uppnås och att implementering av program Millennium inte sker enligt tidsplan.

Granskningen visar att uppföljningen huvudsakligen sker i samband med delårsrapporterna och genom ägarutskottet. Med hänsyn taget till att program Millennium är Västra Götalandsregionens viktigaste digitaliseringssatsning och en av de övergripande strategierna för att utveckla hälso- och sjukvården, bedömer revisionen att regionstyrelsen inte har säkerställt att det finns en tillräcklig och systematisk uppföljning av program Millennium.

Bedömningen är att styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan delvis har en ändamålsenlig styrning och ledning av implementeringsprojektet i södra området. Granskningen visar att styrning, ledning och organisering av implementeringen av program Millennium sker utifrån projektdirektiven. Vid granskningens genomförande pågår dock en revidering av projektdirektiven, som ska vara utgångspunkten i implementeringen. Revisionen bedömer att arbetet snarast bör slutföras. Utifrån de förutsättningar som finns, bedömer revisionen att det finns ett aktivt arbete inom implementeringsprojektet.

Sett till att implementeringen av program Millennium är ett komplext och omfattande förändringsarbete bedömer revisionen att tiden utgör en riskfaktor för att uppnå de aktiviteter som beskrivs i tidsplanen. Vidare bedömer revisionen att det finns risk att nya arbetssätt inte förankras och

tillämpas i den utsträckning som önskas, vilket får påverkan på produktionsstörningen.

Bedömningen är att Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan delvis har säkerställt att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojekten. Revisionen bedömer att uppföljningen är av övergripande karaktär och att det finns behov av att stärka och systematisera uppföljningen.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade styrelserna. Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen av program Millennium:

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- säkerställa att arbetet med Millennium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet
- tydliggöra beslutsmandat
- stärka kommunikationen och vidta åtgärder utifrån de kommunikativa utmaningar och risker som identifierats
- säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av program Millennium.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan att

- säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen
- säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet.

Det kommunala ansvarssystemet

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

Regionfullmäktige 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 regionfullmäktiges uppdrag samt lagar och andra föreskrifter. Regionstyrelsen 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 regionfullmäktige 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 revisionsred i kommunal verksamhet. God revisionsred formas och utvecklas löpande i revisorernas arbete och det är Sveriges Kommuner och Regioner som fastställer seden. Utöver lagar och god revisionsred 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 revisionsred i kommunal verksamhet.

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

Regionen 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.