

Diarienummer: REV 2023-00037

### **Revisionsberättelse 2023 för styrelsen för NU-sjukvården**

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2023.

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

Vårt ansvar är att granska verksamheten, den interna kontrollen och räkenskaperna samt att pröva om verksamheten bedrivs enligt regionfullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisionen. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning.

Vi bedömer att verksamheten har bedrivits på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer dock att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte fullt ut varit tillräcklig.

Mot bakgrund av de betydande brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en *erinran*.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi –

Granskningen visar att det finns brister avseende att uppnå ekonomi i balans. Avvikelsen är - 318 MSEK mot budget och en avvikelse om 5,5 % i förhållande till omsättning. Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut skött ekonomin på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

- Brister i styrning och intern kontroll gällande ekonomi –

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har fattat tillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder för en ekonomi i balans, varken ställt mot den löpande resultatutvecklingen under verksamhetsåret eller för att möta upp den ekonomiska utmaningen 2024.

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

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

Årets granskning redovisas i den revisionsrapport som bifogas. Vi vill att styrelsen beaktar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vänersborg den 20 mars 2024

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

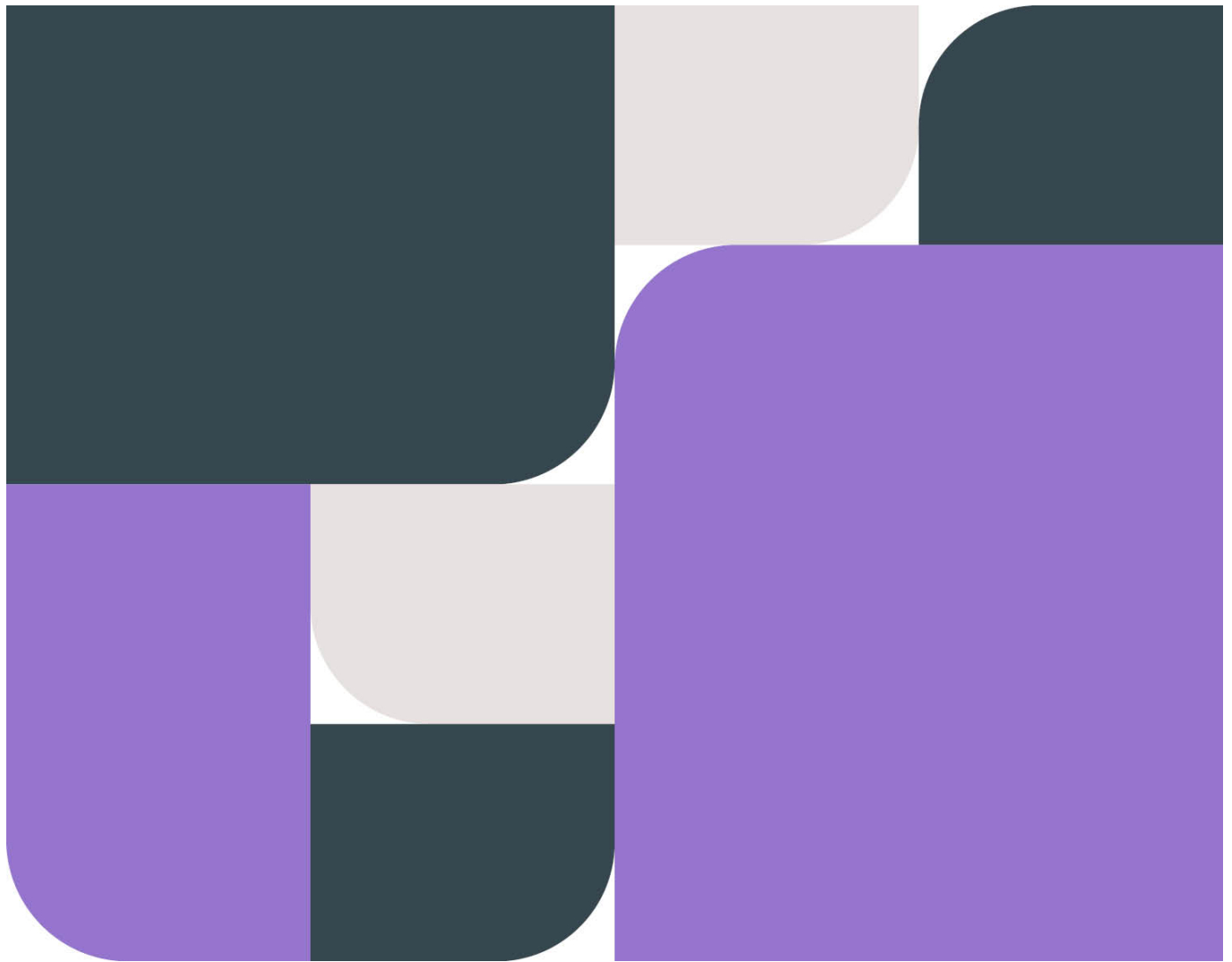
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport  
2024-03-20

# **Styrelsen för NU-sjukvården**

## **– granskning av verksamhetsåret 2023**

Datum: 2024-03-20

Revisionsrapport: Styrelsen för NU-sjukvården – granskning av verksamhetsåret 2023  
Diarienummer: REV 2023-00037

Granskningarna har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsenheten i Västra  
Götalandsregionen, revisionsbyrån Deloitte och revisionsbyrån KMPG.

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

# Innehåll

Läsanvisning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	4
Rekommendationer.....	5
Granskning av styrelsens uppdrag .....	7
Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.....	16
Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll .....	27
Fördjupade granskningar .....	30
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering ... ..	30
Granskning av styrmiljö och styrdokument.....	33
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner .....	35
Granskning av delårsbokslutet.....	36
Granskning av årsbokslutet.....	37
Uppföljning av rekommendationer .....	38
Det kommunala ansvarssystemet.....	40
Om revisionen .....	41
Regionen i korthet .....	42

## Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisar vi den granskning som revisionen har genomfört under 2023 avseende styrelsen.

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

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

Rapporten är indelad i tre delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2023.

\*

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

Sedan kommer vi till *den andra delen*: resultatet. Där går vi igenom de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna i de granskningarna vi har genomfört. Vi redogör även för den uppföljning av rekommendationer som vi har gjort under 2023.

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

## Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

Vi bedömer att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer även att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Grunden för detta redogörs för under avsnittet ekonomi.

På de två sidor som kommer, hittar du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen med anledning av granskningen.

## Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I tabellen nedan framgår de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

**Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer som den grundläggande granskningen gett upphov till**

Område	Rekommendation
Ekonomi	<p>Revisionen rekommenderar att styrelsen senast i januaribokslutet 2024 avger en realistisk prognos för helåret och att prognosbedömningar därefter uppdateras varje månad. Prognosbedömningar ska utgöra underlag för styrelsens tidiga analys och eventuella kompletterande beslut för att uppnå en ekonomi i balans 2024.</p> <p>Revisionen rekommenderar att styrelsen löpande prövar realismen i bedömd effekthemtagning i beslutade åtgärder. Denna prövning ska omfatta såväl rådighet i förutsättningar för effekthemtagning som effektiviteten i förvaltningsledningens styrning.</p>
Patientsäkerhet	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att överväga att ha patientsäkerhet som ett obligatoriskt informationsärende vid samtliga styrelsemöten. Vi bedömer att detta kan ge en stärkt bas för analys, beredning av beslut och prioritering i till exempel budgetprocessen och vid avvikelser i måluppfyllelse under året inom patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.</p>
Verksamhet	<p>Vi rekommenderar att styrelsen för NU-sjukvården på ett tydligt sätt återrapporterar till koncernkontoret om verksamhetens erfarenheter, resultat och utmaningar så här långt i de regionala initiativen En väg in och Regional utredningsenhet och påverkan på tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri.</p>

**Tabell 2: Sammanställning av rekommendationer som de fördjupade granskningarna gett upphov till**

Område	Rekommendation
Bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.</p>

**Tabell 3: Sammanställning av rekommendationer som granskningen av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut gett upphov till**

Område	Rekommendation
Räkenskapsrevision Granskning av årsbokslut.	<p>För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar revisionen att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sina egna bokföringsordrar. Från och med 1 januari 2024 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet för 2023.</p> <p>Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen 2023.</p>

## Granskning av styrelsens uppdrag

Revisionen granskar varje år om styrelsen har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Med ändamålsenligt sätt menas om styrelsen har

- genomfört uppdraget utifrån det reglemente som gäller för styrelsen samt de lagar som styr styrelsens uppdrag
- styrt verksamheten utifrån regionfullmäktiges prioriterade mål
- agerat vid bristande måluppfyllelse
- sett till att processer av olika slag finns för planering, genomförande, organisering, uppföljning och förbättring.

Arbetsmetodiken för den grundläggande granskningen av styrelsen för NU-sjukvården 2023 har varit följande:

- Granskning av styrelseprotokoll samt protokoll från verksamhetsledning, i vilken bedömning av beslut och underlag till dessa görs löpande under året.
- Löpande möten med förvaltningsledning med fokus på verksamhet, ekonomi, HR-frågor och styrning mot regionfullmäktiges mål och fokusområden är främst utifrån delårsrapporter och årsredovisning.
- Fördjupade granskningsinsatser inom ramen för grundläggande granskning.
- Fördjupade intervjuer inom områden där revisionen vill öka sin förståelse av verksamheten, eller skapa underlag för dialogmöten med revisorskollegiet.
- Revisorskollegiets dialogmöten med styrelsens presidium i juni och november 2023 med fokus på styrelsens hantering av identifierade revisionsrisker och eventuella frågor som aktualiserats under året.

## Resultat

Nedan redogör vi för viktigare iakttagelser och bedömningar inom områden där granskningen fördjupats under 2023.

I NU-sjukvårdens årsredovisning redovisas verksamhetens utveckling under 2023 vilken visar på stora utmaningar fortsatt. I årsredovisningen sammanfattas bland annat följande avseende verksamhet och personal:

- 2023 har karaktäriserats av utmaningarna att samtidigt upprätthålla vårdproduktionen för att möta ett ökat inflöde, att komma till rätta med brister i arbetsmiljön och den ekonomiska utmaningen.
- Överbeläggningarna under 2023 ligger på högre nivåer än tidigare. Den genomsnittliga belägningsgraden har varit 104 procent för hela sjukhuset.
- Tillgängligheten i december 2023 har förbättrats jämfört med 2022 från 65 procent till 72 procent för första besök. Tillgängligheten till behandling är på samma nivå 2023 som 2022 67 procent.
- Patienternas bedömning av vården som mäts genom feedback till NU-sjukvården visar att patienterna är nöjda med bemötande och med vårdens kvalitet.
- Under året har produktionstakten varit hög. Genomförd vård motsvarar 27 miljoner kronor mer än den som budgeterats.
- Sjukfrånvaron har minskat med 0,3 procentenheter till nivån 8,6 procent under 2023.
- Antalet nettoårsarbetare har ökat med 124 jämfört med december månad föregående år.
- Det är fortfarande utmanande att rekrytera flera professionsgrupper. Svårigheterna att bemanna på samma sätt som tidigare har medfört att många enheter endast med betydande ansträngning kan upprätthålla vården i enlighet med uppdraget. Konsekvensen är också att flera enheter är nära den gräns där ytterligare förändring kan medföra att hela verksamheten slutar att fungera.

### **Målstyrning**

I NU-sjukvårdens detaljbudget 2023 finns det ett antal prioriterade mål från regionfullmäktige samt fokusområden. Dessutom finns ett antal förvaltningsmål under respektive regionfullmäktigemål. I detaljbudget finns det målvärden och indikatorer för flertalet mål. I vissa fall finns även målvärden definierade.

Uppföljning har skett i delårsrapportering och årsredovisning. Revisionen noterar att det inte har funnits någon prognos i delårsrapporteringen avseende måluppfyllelse eller kompletterande åtgärder för detsamma. I koncernkontorets anvisning "Rutin för nämnders och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapporter och årsredovisning 2023" framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Prioriterade mål ska rapporteras per augusti med en prognos för helåret. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. För fokusområden rapporteras per april en status för perioden samt prognos för

helåret. I årsredovisningen saknas i princip status och bedömd måluppfyllelse för prioriterade mål.

**Tabell 4: Prioriterade mål och fokusområden**

Regionfullmäktige prioriterade mål respektive fokusområden	Status delårsrapport	Revisionens iakttagelser
Prioriterat mål: Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.		Status månadsrapport för november: gult och grönt  Ingen status anges i årsredovisningen. Se även nedan under avsnitt om patientsäkerhet.
Fokusområde: Öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problem med överbeläggningar.		Minskning av vårdplatser på grund av bemannings-svårigheter.  Beläggingsgrad 2023 i snitt 106 % somatisk vård och 96 % psykiatrisk vård.
Prioriterat mål: Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka.		Ingen status anges i årsredovisningen.  Vi noterar i årsredovisningen att antalet vårdtillfällen är totalt 12,3 % lägre än budget och inom vuxenpsykiatrisk slutenvård -10 %.
Fokusområde: Invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka liksom verksamhetens användning av digitala lösningar.		Arbete pågår för ökad digitalisering med exempelvis taligenkänning och digitala vårdmöten. I årsredovisningen anges att andelen digitala vårdmöten uppgår till 2 % 2023 men målet är 16 %. 58 % av enheterna arbetar med digitala vårdmöte.
Förvaltningsmål: Stärka tillgängligheten och korta väntetider till första besök och behandling.		Måluppfyllelse i december: första besök till somatisk vård: 72 % (2022: 65 %) behandling: 67 % (2022: 67 %). Vuxenpsykiatri har motsvarande till första besök 71 % och för behandling 38 %. Barn- och ungdomspsykiatri se nedan särskild rubrik.
Prioriterat mål: Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.		Närsjukvårdsteam är etablerat med Närhälsan i norra Bohuslän. Även eget närsjukvårdsteam i Dalsland i östra området.
Fokusområde: Minskat behov av slutenvård på sjukhus		Mobila verksamheter inom ambulans, samverkande sjukvård och närsjukvårdsteam.

genom tillskapande av fler mobila och nära vårdformer.		
Prioriterat mål: Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling.		Ingen status anges i årsredovisningen.
Förvaltningsmål: Detaljstyrning av hälso- och sjukvården ska ersättas av tillitsstyrning.		Chefsutbildningar kring tillitsbaserat ledarskap.
Förvaltningsmål: Tydligt och närvarande ledarskap: Ett stärkt chefskap och implementering tillitsstyrning		Arbete med daglig styrning och närvaro av ledarskap i verksamheten.
Fokusområde: Klara behov utbildningsplatser i organisationen.		Pågår arbete för att kunna klara målet med verksamhetsförlagd utbildning.
Prioriterat mål: Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer minskas		Ingen status anges i årsredovisningen.
Fokusområde: Ökat fokus på insatser som kopplas till arbetsmiljö, personalvård, avlastning och uppgiftsväxling.		Sjukfrånvaron minskade något från 2022 från 8,9 % till 8,6 % 2023. Personalomsättningen är 8,2 % i december, en minskning med 2 procentenheter jämfört med 2022

NU-sjukvården har ytterligare mål, fokusområden och förvaltningsmål, bland annat kopplat till miljö, medarbetare och verksamhet. Se styrelsens årsredovisning för mer information om dessa mål.

### Bedömning

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut når sina prioriterade mål och fokusområden under 2023. Vi lämnar dock ingen rekommendation i nuläget avseende målstyrningen.

Vi har noterat styrelsens utmaningar i sin verksamhet när det gäller tillgänglighetsmål, bemanning och förhållandet mellan vårdplatser och överbeläggningar. Vi noterar även att det pågår initiativ som har potential att förbättra situationen, exempelvis genom digitalisering och nära vård.

## Barn- och ungdomspsykiatri

Under året har vi granskat tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri och hur detta har påverkats av de regionala initiativen En väg in etablerades mars 2022 respektive Regional utredningsenhet uppstartad mars 2023. Granskningen har skett genom dokumentanalys av handlingar och protokoll samt genom en enkät ställd till verksamheten.

### Iakttagelser

Förvaltningsmålet att öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn och unga med psykisk ohälsa bedömdes både i augusti och november som rött, det vill säga att målet inte har eller inte kommer att uppnås under året. Måluppfyllelsen per månad för första besök till barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar har enligt delårsrapporten per augusti varierat stort under året, från 83 procent i februari till 25 procent i augusti. Sammanvägd måluppfyllelse i delårsbokslut i augusti landar på 55 procent. Måluppfyllelse för utredning respektive behandling på barn- och ungdomspsykiatri ligger i delårsrapport per augusti på 16 procent respektive 26 procent. Enligt delårsrapporten höll barn- och ungdomspsykiatriska vårdavdelningen stängt under augusti månad på grund av läkarbrist. I delårsrapporten för april anges att förstabesök inom vuxenpsykiatri når 80 procent i tillgänglighet inom 90 dagar, och inom barn- och ungdomspsykiatri 52 procent inom 30 dagar. För utredning och behandling är både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri långt från målet. Det är enligt redovisningen framför allt kompetensbrist och vakanser som hindrar bättre utfall. Vi noterar att verksamheten under 2023 inte fullt ut uppnår sina volymer inom barn- och ungdomspsykiatri avseende uppdragen inom produktion och kapacitet (PK). I årsredovisning 2023 uppges målet om tillgänglighet inom 30 dagar till barn- och ungdomspsykiatri per december 2023 vara enligt följande och jämfört med 2022:

- Första besök <30 dagar: 55 procent (2022: 77 procent)
- Behandling <30 dagar: 32 procent (2022: 39 procent)
- Fördjupad utredning: 18 procent (2022: 14 procent)

I vår enkät till verksamheten anges att remissinflödet har påverkats i liten grad av remissportalen En väg in medan tillgängligheten bedöms ha förbättrats något avseende första besök. Förbättrad tillgänglighet till första besök har dock inverkat på tillgängligheten till behandling negativt. Det finns från verksamhetens sida en tilltro till att regional utredningsenhet kan komma att bli ett viktigt bidrag i att öka tillgängligheten till utredning inom barn- och ungdomspsykiatri. För att förbättra tillgängligheten har NU-sjukvården under året genomfört

kökortningsinsatser, schemaplanering samt tagits fram rutiner som harmonierar med det regionala arbetet för utredning och behandling av barn och unga inom psykisk hälsa. Bristen på specialistläkare hämmar dock produktionen och måluppfyllelsen på barn- och ungdomspsykiatri.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det finns fortsatta utmaningar inom barn- och ungdomspsykiatri på NU-sjukvården och att tillgängligheten enligt den regionala vårdgarantin om 30 dagar behöver förbättras, framför allt avseende behandling och fördjupad utredning för barn och unga. Det tycks även, enligt våra iakttagelser ovan, finnas behov av att verka för en god samverkan delregionalt kring psykisk hälsa för barn och unga.

### **Rekommendation**

Vi rekommenderar att styrelsen för NU-sjukvården på ett tydligt sätt åiterrapporterar till koncernkontoret om verksamhetens erfarenheter, resultat och utmaningar så här långt i de regionala initiativen En väg in och Regional utredningsenhet och påverkan på tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri.

### **Patientsäkerhet**

Utöver att följa utvecklingen i valda indikatorer har vi följt arbete och resultat i de huvudfokusmålen för 2023 som identifierades i NU-sjukvårdens patientsäkerhetsberättelse för 2022:

- Fortsatt uppgiftsväxling.
- Vidareutvecklad organisation inklusive funktionerna utvecklings- och patientsäkerhetsombud.
- Brett införande av vårdomfattningsmätning.
- Start av en sjukhusgemensam dokumentationsgrupp.
- Systematiskt användande av patientbakgrunden i Melior.
- Stärka in- och utskrivningsprocesserna.
- Genomförande och etablering av dialogmöten avseende patientsäkerhet med samtliga verksamheter.
- Fortsatt arbete med patientsäkerhetsårshjulet.

### **Iakttagelser**

Det kan konstateras att förvaltningsledningen arbetat systematiskt med samtliga huvudfokusmål och i all väsentlighet genomfört planerade aktiviteter. För detaljer hänvisas till årsredovisning och patientsäkerhetsberättelse för 2023. Organisation och processer har stärkts och patientsäkerhet förefaller ha en allt starkare betydelse i förvaltningens och förvaltningsledningens styrning, inte minst utifrån NU-

sjukvårdens ”Pallen” med de tre benen som måste vara i balans för en väl fungerande helhet; patientnytta, bemanning, arbetsmiljö och ekonomi.

2022 lyftes bland annat vid dialogmöte med NU-sjukvårdens presidium, idé och behov av patientsäkerhet som en obligatorisk punkt vid varje styrelsemöte. Utöver beslut om patientsäkerhetsberättelse, muntligt föredrag avseende uppföljning av patientsäkerhetsarbetet kvartal 3 i oktober och ett fåtal specifika punkter med bärighet på patientsäkerhet har inte detta blivit fallet under 2023.

### **Bedömning**

Revisionens granskning av patientsäkerhet visar att styrelsen för NU-sjukvården i allt väsentligt beaktat patientsäkerhet på ett ändamålsenligt sätt i såväl omfattning, styrning och uppföljning.

Revisionen bedömer att NU-sjukvården i och med arbetet med målområden som redogörs ovan på ett systematiskt sätt stärkt förutsättningarna för en hög patientsäkerhet. Vi konstaterar dock att det även år 2023 är svårt att identifiera bredare och konkreta positiva effekter av arbetet utifrån redovisade indikatorer.

Revisionen anser att styrelsen bör överväga att ha patientsäkerhet som ett obligatoriskt informationsärende vid samtliga styrelsemöten. Vi bedömer att detta kan ge en stärkt bas för analys, beredning av beslut och prioritering i till exempel budgetprocessen och vid avvikelser i måluppfyllelse under året inom patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

### **Rekommendation**

Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att överväga att ha patientsäkerhet som ett obligatoriskt informationsärende vid samtliga styrelsemöten. Vi bedömer att detta kan ge en stärkt bas för analys, beredning av beslut och prioritering i till exempel budgetprocessen och vid avvikelser i måluppfyllelse under året inom patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

## **Sammanfattande bedömning av verksamhetsstyrningen 2023**

Utifrån iakttagelser avseende styrelsen för NU-sjukvårdens måluppfyllelse avseende verksamhet och verksamhetsstyrning, har revisionsenheten bedömt att ta ställning till två av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred.

I Tabell 6 respektive 7 nedan redogör revisionen för sina bedömningar gentemot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionen bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

**Tabell 5: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – verksamhet)**

Tänkbar brist	Revisionens bedömning
Styrelsen har inte uppnått fullmäktiges verksamhetsmål, uppdrag eller föreskrifter för verksamheten. Det handlar om väsentliga brister eller avvikelser.	Som redogörs för ovan uppfylls inte samtliga regionfullmäktiges mål. Uppfyllelse ligger generellt sett på samma nivå som för 2022 trots åtgärder som revisionen bedömer varit relevanta. Vi gör samma bedömning i år som för 2022, att brister i måluppfyllelsen inte betraktas som väsentliga ur ett ansvarsprövnings perspektiv.
Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel uppnå fastställda verksamhetsmål eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning. De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.	Revisionen bedömer att styrelsen har hållit sig tillräckligt informerad och i sin styrning väsentligen tagit hänsyn till verksamhetens måluppfyllelse ställt mot utmaningar avseende personalförsörjning och ekonomi, som redogörs för nedan under ekonomiavsnittet.

**Tabell 6: Grund för ansvarsprövning (Bristar i styrning av verksamhet)**

Tänkbar brist	Revisionens bedömning
Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån beslut, riktlinjer, rutiner med mera. De efterfrågar inte resultat och analys.	Detta har revisionen inget väsentligt att anmärka på.

Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till regionfullmäktige genom att till exempel efterfråga nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.	Detta har revisionen inget väsentligt att anmärka på.
---	---

Vi bedömer att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Styrelsen behöver dock i ännu högre grad verka för att uppfylla verksamhetens mål och då med särskilt fokus på prioriterade patientgrupper. Styrelsen behöver även överväga att ha patientsäkerhet som ett obligatoriskt informationsärende vid samtliga styrelsemöten.

Vi lämnar följande rekommendationer med anledning av granskningen.

## Rekommendationer

Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att överväga att ha patientsäkerhet som ett obligatoriskt informationsärende vid samtliga styrelsemöten. Vi bedömer att detta kan ge en stärkt bas för analys, beredning av beslut och prioritering i till exempel budgetprocessen och vid avvikelser i måluppfyllelse under året inom patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

Vi rekommenderar att styrelsen för NU-sjukvården på ett tydligt sätt åiterrapporterar till koncernkontoret om verksamhetens erfarenheter, resultat och utmaningar så här långt i de regionala initiativen En väg in och Regional utredningsenhet och påverkan på tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri.

## Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin

Revisionen granskar varje år om styrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi. Med det menas om styrelsen har

- styrt verksamheten så att den bedrivs inom de ekonomiska ramarna
- en ekonomi i balans
- en heltäckande och kontinuerlig ekonomisk uppföljning
- vidtagit åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås
- ett eget kapital som motsvarar nivån som framgår av regionens regelverk.

För 2023 konstaterar revisionen följande som har bäring på bedömningen av den ekonomiska måluppfyllelsen:

Västra Götalandsregionen har en ansträngd ekonomi som kräver åtgärder både på kort och på lång sikt. Inflationens effekt på verksamhetens kostnader, inklusive pensionskostnader och stigande räntekostnader bidrar till historiskt höga underskott.

Åtgärdsplaner från sjukhusens styrelser inom Västra Götalandsregionen har under flera år inte gett avsedd effekt, men det är viktigt att det som styrelserna har rådighet över verkställs. I flera av dessa frågor kan det behövas avstämning mellan flera parter, vilket bör ske med framförhållning. Revisionen har under granskningsåret följt hur styrkedjan i Västra Götalandsregionen mellan styrelser och nämnder har fungerat. Det gäller att ta kloka kortsiktiga beslut men även göra prioriteringar som anpassar verksamheten för en långsiktigt stabil ekonomi, verksamhet och personalförsörjning. Revisionen har i vår bedömning att ta hänsyn till de beslut som regionfullmäktige tagit under året, vilka beretts av regionstyrelsen.

Med detta konstaterar revisionen följande som har påverkan på bedömningen av den ekonomiska måluppfyllelsen på styrelsenivå:

- Ersättningsnivåer har inte fullt ut tagit höjd för faktisk inflationstakt och kostnader för pensionskostnader.
- Att det i praktiken inte fattats några väsentligare beslut på övergripande nivå i Västra Götalandsregionen under 2023, som har kunnat påverka styrelsens möjligheter att uppnå en ekonomi i balans för 2023.

I våra bedömningar nedan ställs dessa två konstateranden ovan mot iakttagelser och faktisk måluppfyllelse utifrån fastställd budget och beslut från regionfullmäktige och regionstyrelsen under året. Revisionen vill lyfta att hänsyn bör tas till de två punkterna ovan i den slutliga ansvarsprövningen för styrelsen.

## Resultat

### Iakttagelser

Nedan redogörs kortfattat för viktigare iakttagelser som gjorts inom ramen för den grundläggande granskningen 2023. I och med att det är styrelsens första verksamhetsår och att de därmed ärvt detaljbudget och åtgärder för ekonomi i balans, ligger fokus i iakttagelserna på hur styrelsen hanterat händelser och utmaningar från inledningen av 2023. Tidigare styrelsens ansvar hanterades i och med ansvarsprövningen för 2022.

### Inför 2023 - Detaljbudget 2023 och åtgärdsplan

I NU-sjukvårdens budget för 2023 som fastställdes den 1 december 2022, bedömdes ett behov av omställning vilket utgör en preliminär budgetutmaning för 2023 om 215 miljoner kronor. Av dessa fördelas 100 miljoner kronor direkt till verksamheterna att hantera och 115 miljoner kronor läggs centralt för vidare budgetprocess. NU-sjukvården väljer att hantera åtgärder för ekonomi i balans inom ramen för ordinarie verksamhetsplan och budget för 2023.

**Tabell 7: NU-sjukvårdens ekonomiska utfall 2023**

<b>Avvikelse budget + prognos</b>	Februari	April	Augusti	Oktober	Utfall 2023
Resultat	-74	-117	-123	-215	-318
Budgetavvikelse	-57	-80	-176	-243	-318
Prognos	0	-150	-200	-200	-200
Månadstakt	-37,0	-29,2	-15,4	-21,5	-26,5

Det kan konstateras ett större resultatavfall direkt i början av året, vilket ger en tidig indikation på förutsättningar för att uppnå en ekonomi i balans i enlighet med lagd budget.

Den negativa resultatutvecklingen är relativt jämn över året och inga av de beslut som fattats av styrelse och förvaltningsledningen förefaller ha gett någon mer väsentlig kortsiktig effekt som kunnat vända trenden. Utfall om -318,4 miljoner kronor (-29,8 miljoner kronor 2022) är 48% större än den bedömda ekonomiska utmaningen inför 2023 och representerar en avvikelse ställt mot omsättningen på -5,5 procent (-0,5 procent 2022). Bruttokostnadsutvecklingen vid slutet av året är 8,7 procent vilket kan jämföras med den nivå om 1,2 procent som krävts för ett 0 resultat.

Det kan konstateras att antalet nettoårsarbetare vid årets slut uppgår till 4 259 vilket är en ökning med 124 jämfört med december 2022. Måltalet är 4 140 vilket innebär en avvikelse mot det med 2,9 procent vid årets slut.

Kostnader för bemanningspersonal är 129,5 miljoner kronor för 2023, vilket innebär en minskning med 16,6 miljoner kronor jämfört med 2022. Minskningen är främst hänförlig till bemanningssköterskor som minskat med 34 procent.

I årsredovisningen sammanfattas orsaken till det ekonomiska underskottet enligt nedan:

- Intäkterna var 96 miljoner kronor bättre än budget.
- Kostnaderna - Totalt var avvikelsen mot budget 415 miljoner kronor.
  - Hög inflation i samhället, höga löneökningar och historiskt hög ökning av pensionskostnader har bidragit till en totalt hög kostnadsökning. Sveriges kommuner och regioners (SKR) landstingsprisindex (LPIK) prognostiserar en generell kostnadsökning för sjukhusen under 2023 på 7,9 procent (SKR:s decemberprognos). NU-sjukvårdens kostnadsökning under 2023 är 8,7 procent.
  - Främsta posten till avvikelsen var personalkostnader -242 miljoner kronor. Avvikelsen beror främst på att antal nettoårsarbetare är fler än budgeterade tjänster och att löneöversynen 2023 var högre än budgeterat.
  - För köp av bemanningsföretag var budgetavvikelsen -67 miljoner kronor där 54 miljoner kronor av dessa var köpta läkartjänster.
  - Kostnader för materiel var 68 miljoner kronor högre än budget trots att budgeten ökade med 10 procent inför 2023.
  - Diagnostikkostnader var 50 miljoner kronor högre än budget där största avvikelsen var gentemot Sahlgrenska Universitetssjukhuset 34 miljoner kronor.
  - Kostnaden för läkemedel uppgick till 729 miljoner kronor, vilket var 25 miljoner kronor över budget.

### **Tabell 8: Styrelsens styrning – första halvåret 2023 – ett urval av beslut och händelser**

	Händelse och beslut
Feb	Styrelsen för NU-sjukvården beslutar att avslå förvaltningens förslag till beslut avseende reviderad budget för 2023.
Mars	Möte med ägarutskottet, presenterade bilder visar tydligt den utmaning NU- sjukvården står inför vid det tillfället samt vilka regionala beslut de anser krävs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisionens kommentar; Med detta möter styrelsen upp</li> </ul>

	<p>revisionens rekommendation nr 1 från 2022.</p> <p>Beslutar att godkänna reviderad budget för 2023 exklusive utbudsförändringar avseende ambulansverksamheten och vuxenpsykiatrin, vilka inte godkänns av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisionen kommentar; Detta innebär en försening i effektiv budgetstyrning samt en begränsning i möjlig effekthemtagning för 2023.</li> </ul>
April	Strategidag med beslut om extra styrelsemöte 17 maj för beslut av ytterligare åtgärder.
Maj	<p>Beslut om utbudspunktsförändringar inom öppen psykiatri</p> <p>Godkännande av åtgärdsplan, se nedan.</p> <p>Beslut att intensifiera arbetet med utökad samverkan med kommunerna och primärvården för att minska antalet utskrivningsklara patienter.</p> <p>Beslut om att tillskriva regionstyrelsen för att tydliggöra hur långt den egna åtgärdsplanen beräknas nå 2023 samt vilka beslut på regiongemensam nivå som krävs för att NU-sjukvården inom ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem åter ska nå balans i verksamheten. Detta möter upp ägarutskottets önskemål om input. De beslut och aktiviteter som lyfts av NU-sjukvården är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tydlig satsning på nära vård med plan för tidsättning och ekonomiska ramar</li> <li>• remisstväng till sjukhusens akutmottagningar i kombination med avskaffad möjlighet till egenremiss stärker primärvårdens roll</li> <li>• regiongemensam styrning av bemanning mot givet uppdrag, gäller såväl inom sjukhusknuten specialistvård som inom allmänmedicin</li> <li>• ändrad överenskommelse med kommunerna avseende kostnader för utskrivningsklara</li> <li>• förändrad arbetsfördelning och utbudsstruktur inom Västra Götalandsregionen</li> <li>• tydliga prioriteringar</li> <li>• påverka nationella styrdokument så att de blir genomförbara</li> <li>• flerårigt perspektiv 5–7 år.</li> </ul>

Åtgärdsplan baseras på ekonomisk utveckling fram till och med april enligt nedan:

Vid styrelsemötet i maj redogörs för en prognos per mars om ett underskott på årsbasis på 250 miljoner kronor. Man slår fast att man så långt som det är möjligt ska genomföra effektiviseringar i den egna verksamheten, men konstaterar att 250 miljoner kronor inte är möjligt att nå på den tid som står

till förfogande 2023. Bedömningen är att åtgärderna ska kunna förbättra prognosen med cirka 95 miljoner kronor, vilket innebär att man bedömer årsprognosen till 150 miljoner kronor. De åtgärder som beslutas av styrelsen är följande:

**Tabell 9: Översikt kompletterande åtgärder – definierade och beslutade om 17 maj 2023**

Definierad åtgärd	Belopp netto mnkr	Resultat 2023 mnkr	Kommentar
Minska beroende av hyrpersonal = Max 60 mnkr	-50,0	-25,5	
Minskad personalvolym = -60 NÅ	-23,6	+90	23,6 mnkr är en delårseffekt för 60 färre nettoårsarbetare 2023. Det har under 2023 varit mellan 124 och 145 fler nettoårsarbetare 2023 jämfört med 2022, vilket motsvarar en ökad kostnad om 90 mnkr.
Minskad övertid = Nivå 2019	-16,0	-3	
Endast interna konferenser	-7,0	+2	
Hålla produktionen	0	0	Produktion över tak med 27 mnkr
Totalt	-95,6		

Utvecklingen av personalvolymerna ger att beslutet om åtgärd inte förefaller gett någon kortsiktig effekt. Det kan konstateras att de uppnådda effekterna för de övriga åtgärderna om -26,5 miljoner kronor motsvarar en effekthemtagning om 36 procent.

**Tabell 10: Styrelsens styrning – juli - oktober – ett urval av beslut och händelser**

	Händelse och beslut
Sept	I och med godkännande av delårsrapport beslutar styrelsen att <ul style="list-style-type: none"> <li>noggrant följa och tydligt fastställa mål för personalbemanningen på sjukhuset. Eventuella avvikelser förväntas bli omgående kommunicerade till styrelsen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>förvaltningen ska anpassa bemanningsstrategin och vidta nödvändiga åtgärder baserat på förändrade vårdbehov och ekonomiska förutsättningar.</li> </ul>
Okt	Sjukhusdirektören får i uppdrag att förbereda för att organisera sin verksamhet i enlighet med regionstyrelsens beslut, så att den totala kostnaden för bemanning ryms inom budgetram för kommande år. Även arbetet med att förbättra tillgängligheten ska utföras inom beslutade budgetramar. Sjukhusdirektören uppdras att presentera en risk- och konsekvensanalys med anledning av ovan givet uppdrag.

Med detta kan det konstateras att styrelsen inte beslutar om några ytterligare konkreta åtgärder under denna period för att möjliggöra en ekonomi i balans. Samtidigt kan det konstateras att resultatutvecklingen ger en budgetavvikelse i oktober om -243 miljoner kronor och att effekthemtagningen från beslutade åtgärder inte är tillräckliga för att möta de ekonomiska utmaningarna. Beslutet i augusti fastställs årsprognosen till -200 miljoner kronor.

### **Styrelsens styrning i november och december är det viktigaste utifrån en ekonomi i balans**

#### **Budget 2024 – beslut i november**

Vid beslutet om budget för 2024 är styrelsen informerad om följande:

- Den ekonomiska utmaningen inför 2024, som i budget definieras till 450 miljoner kronor.
- Resultat per oktober om -215 miljoner kronor med prognos -200 miljoner kronor och en avvikelse mot budget med -243 miljoner kronor.
- Bedömd effekthemtagning från åtgärder om 23,5 miljoner kronor exklusive effekter av nettoårsarbetare.

Av budgetbeslutet framgår bland annat följande:

- En budget i balans för 2024 bedöms inte vara möjligt. Oförenliga målkonflikter finns mellan hälso- och sjukvårdslagens krav på en god och säker vård och kommunallagens krav på ekonomi i balans.
- Omfattande neddragningar av verksamhet för att klara att balansera det strukturella underskottet på 450 miljoner kronor skulle allvarligt påverka NU-sjukvårdens möjlighet att ge vård till Fyrbodals invånare.
- Med utgångspunkt i att prognoserna för 2025 och 2026 beskriver betydligt förbättrade ekonomiska förutsättningar baseras förvaltningsplanen på att underbalansera budgeten för 2024 med -109 miljoner kronor.

- För att uppnå ett ekonomiskt resultat på -109 miljoner kronor för 2024 krävs en effektivisering av verksamheterna med knappt 4 procent jämfört med kostnadsnivån under andra halvåret 2023.

Av styrelseprotokoll framgår följande avseende beslutet:

- Sverigedemokraterna, Kristdemokraterna och Moderaterna deltar inte i beslutet och hänvisar till egna budgetförslag i regionfullmäktige.
- Protokollsanteckningar från Liberalerna, Sverigedemokraterna, Kristdemokraterna och Moderaterna

I budgeten för 2024 preciseras åtgärder om sammanlagt 216 miljoner kronor.

**Tabell 11: I budgeten för 2024 preciseras åtgärder om sammanlagt 216 miljoner kronor:**

Åtgärd	Mnkr
Minska kostnader för hyrpersonal	70
Minska kostnader för läkemedel	30
Minska kostnader för materiel	15
Återställning av antalet nettoårsarbetare till 2022 års nivå	76
Ytterligare minskning av antalet nettoårsarbetare genom strukturella förändringar	25
Minska antal medarbetare inom vårdadministration: 8 mnkr	
Minskat antal läkare: 10 mnkr	
Stängning av avdelning för utskrivningsklara till midsommar: 7 mnkr	
<b>Total</b>	<b>216</b>

Föreslagna åtgärder avseende att stänga två ambulanser nattetid, tänkt besparing på 9 miljoner kronor samt flytt av två psykosavdelningar från Brinkåsen till Näl med tänkt besparing på 5 miljoner kronor godkänns inte av styrelsen. Styrelsen ger sjukhusdirektören i uppdrag att återkomma till styrelsen med ytterligare förslag för ekonomi i balans, särskilt med inriktning på minskning av ej vårdnära administration. Detta ska enligt uppgift behandlas av styrelsen vid mötet i februari 2024.

Det kan konstateras att regiondirektörens beslut den 13 december 2023 avseende genomförandeplanen för att nå en ekonomi i balans inom hälso- och sjukvården, preciserar initiativ inom bland annat; samordning av jourlinjer, minskad hyrbemanning och skärpt uppföljning av läkemedel. Dessa initiativ är i linje med NU-sjukvårdens beslutade åtgärder.

### Prognostisering 2023

Årets resultat om -318 miljoner kronor kan ställas mot de bedömningar av ekonomisk utmaning 2023 som gjorts enligt sammanställningen nedan:

Ekonomisk utmaning enligt budget	215 mnkr
Prognosbedömning mars	250 mnkr
Prognosbedömning april – med hänsyn tagen till förslag till åtgärdsplan beslutad i maj	150 mnkr
Prognosbedömning augusti	200 mnkr

Det kan konstateras att den prognosbedömning per mars om -250 miljoner kronor som refereras till ovan var relativt rimlig. Årsresultatet avviker med 59 procent ställt mot senaste prognosbedömning

PwC skriver i sin rapport Extern granskning av sjukhusens ekonomi, daterad 26 november 2023:

”Generell låg träffsäkerhet i prognoser ger en missvisande bild av det ekonomiska läget. Ekonomiska prognoser behövs i högre grad än idag, göras utifrån realistiska förutsägelser som också tar hänsyn till sannolik verkställighetsgrad i åtgärdsplaner. Den låga träffsäkerheten som föreligger i dagens prognoser indikerar att dessa inte används i sitt ursprungliga syfte, det vill säga som den bästa möjliga bedömningen av ett framtida utfall utifrån tillgängliga data”.

### Bedömning avseende ekonomisk måluppfyllelse och ekonomistyrning

Nedan redogörs för revisionens bedömningar avseende styrelsens skötsel av verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

#### Tabell 12: Bedömning av styrelsens ekonomistyrning

A	Det kan konstateras att årets resultat om -318 mnkr väsentligen avviker från beslutad budget för 2023 och den bedömda budgetutmaningen.
B	Revisionen bedömer att redovisade prognoserna per april och augusti brister i kvalitet. Vi förstår att nivåerna i prognoserna till delar påverkas av de styr signaler man vill ge internt till verksamheterna.  Prognoserna utgör dock en mycket viktig information till regionstyrelsen och regionledningen om vad som kan förväntas från NU-sjukvården. Även om vi bedömer att styrelsen varit tydlig i sin

	kommunikation med bland annat ägarutskottet avseende ekonomisk utmaning, ger prognosbedömningen per april och augusti en för optimistisk och felaktig bild av förväntat årsresultat.
C	<p>Revisionens bedömning av styrelsens aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrelsen för NU-sjukvården agerar i all väsentlighet på ett systematiskt sätt under perioden januari - maj.</li> <li>• Det bör relativt tidigt varit uppenbart att beslutet om kompletterande åtgärder inte var tillräckligt för att uppnå ett resultat om -150 mnkr. Trots detta fattar styrelsen inga ytterligare beslut om ytterligare konkreta åtgärder under perioden fram till och med budgetbeslutet i november. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Det kan dock konstateras att styrelsen under denna period stärker uppföljningen av till exempel utvecklingen av bemanning.</li> <li>○ Revisionen bedömer att det inte är sannolikt att ytterligare beslut av styrelsen faktiskt skulle kunnat påverka den kortsiktiga resultatutvecklingen 2023.</li> </ul> </li> </ul>
D	<p>Revisionen bedömer att NU-sjukvården informerat och kommunicerat med ägarutskottet och regionstyrelsen om den ekonomiska situationen och de utmaningar som NU-sjukvården står inför. NU-sjukvården har tydligt redovisat sin syn på beslut och aktiviteter som de inte förfogar över själva.</p> <p>Revisionen konstaterar att den återkoppling som ägarutskottet ger vid avstämning med NU-sjukvården den 10 oktober 2023, visar på aktiviteter som möter upp mot det NU-sjukvården lyft men att dessa aktiviteter inte kan bedömas påverkat resultat för 2023.</p>
E	<p>Styrelsen lämnar en budget i ekonomisk obalans om 109 mnkr. Revisionen bedömer att NU-sjukvården förfarande ger en transparens om vad som krävs för att uppnå en ekonomi i balans och sannolikt ett bättre underlag för en effektiv budgetstyrning än om man lämnat en orealistisk budget i balans.</p>
F	<p>Revisionen bedömer i likhet med tidigare år, att förvaltningsledningen generellt sett utövar en tillfredsställande ekonomistyrning med en tydlig målsättning att uppnå och bibehålla en ekonomi i balans. Vi kan dock konstatera att styrningen uppenbart inte varit tillräcklig för att realisera de tänkta effekterna från åtgärdsbeslutet i maj.</p>

I tabell nedan visas hur bedömningarna ovan kan ställas mot grunderna för ansvarsprövning enligt god revisionsred. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionen bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

**Tabell 13: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – ekonomi)**

Tänkbar brist		
Regionfullmäktiges finansiella mål och riktlinjer har inte uppnåtts eller efterlevts. Det handlar om väsentliga och uppenbara brister och avvikelser.		A
Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel följa budgetramen eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning.  De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.		B

**Tabell 14: Grund för ansvarsprövning (Brister i styrning av ekonomi)**

Tänkbar brist		
Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån de ekonomiska beslut, riktlinjer, rutiner med mera som styrelsen lagt fast. De efterfrågar inte resultat och analys.		C, F
Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till regionfullmäktige, till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.		D
Budgeten har inte följts och ekonomistyrningen har inte varit tillräcklig.  Den löpande redovisningen (bokföringen) har varit otillräcklig eller ofullständig eller har andra uppenbara brister som försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll.		B, E, F

Vår övergripande bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

## Rekommendationer

- Revisionen rekommenderar att styrelsen senast i januaribokslutet 2024 avger en realistisk prognos för helåret och att prognosbedömningar därefter uppdateras varje månad. Prognosbedömningar ska utgöra underlag för styrelsens tidiga analys och eventuella kompletterande beslut för att uppnå en ekonomi i balans 2024.
- Revisionen rekommenderar att styrelsen löpande prövar realismen i bedömd effekthemtagning i beslutade åtgärder. Denna prövning ska omfatta såväl rådighet i förutsättningar för effekthemtagning som effektiviteten i förvaltningsledningens styrning.

Rekommendationerna har framförts till förvaltningsledningen i och med utskick för faktagranskning 6 februari 2024.

# Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll

Revisionen granskar varje år om styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen är tillräcklig. Granskningen omfattar om

- det finns ett systematiskt arbete med styrning och intern kontroll
- det finns en riskhantering och kontroller inom väsentliga områden
- arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del av organisationen, systemen och det löpande arbetet
- det finns en uppföljning av styrningen och den interna kontrollen.

## Resultat

### Iakttagelser

Nedan redogörs kortfattat för viktigare iakttagelser som gjorts inom ramen för den grundläggande granskningen 2023:

- Styrelsens riskanalys för 2023 genomförs i juni 2022 och plan för intern kontroll beslutas i oktober 2022, båda med ett resultat som revisionen inte hade något väsentligt att anmärka på i granskningen för 2022.
- Planen för intern kontroll har följts upp i enlighet med beslut på ett tillfredsställande sätt med slutredovisning till styrelsen vid januarimötet 2024. I denna lyfts de väsentligaste iakttagelserna enligt nedan:
  - Bristen på vårdpersonal är ett stort problem som leder till att verksamheten inte kan genomföras som planerat. Trots stora insatser och betydande nytänkande har inte rekryteringssituationen förbättrats. För att komma vidare med bemanningsfrågorna nu när också arbetstidsdirektivet ska genomföras behövs ökad fokusering på totalbemanning.
  - Bristen på medarbetare och vårdplatser tillsammans med ett kraftigt ökat inflöde har lett till att uppsatta tillgänglighetsmål ej kunnat nås. Detta är en stor utmaning att göra mer samtidigt som den ekonomiska situationen är besvärlig.
  - Det är viktigt att arbeta med samverkan och samordning på alla nivåer inte minst är kopplingen mellan den regionala nivån och förvaltningsnivån ett förbättringsområde.
  - Patientsäkerhetsarbetet har gett utökade möjligheter till tydligt fokus både genom organisatoriska förändringar samt bättre tillgång till it-stöd.

- Styrelsen genomför sin riskanalys inför 2024 i samband med styrelsemötet i juni 2023. Följande 8 risker identifieras och prioriteras för att hanteras inom intern kontrollplanen för 2024:
  - Nuvarande och framtida ekonomiska förutsättningar är knappa. Höga kostnadsökningar, riskvärde 8.
  - Bristande försörjning av personal och kompetens, riskvärde 12.
  - Svårigheter att behålla personal, riskvärde 9.
  - Samverkan med vårdgivare avseende bland annat utskrivningsklara patienter, riskvärde 9.
  - Ökat vårdbehov i befolkningen, t. ex. på grund av förändrad demografi, riskvärde 12.
  - Att vården inte ställs om, riskvärde 12.
  - Brist på vårdplatser som leder till överbeläggningar som skapar vårdskador, riskvärde 9.
  - Bristande patientsäkerhet och kvalitet, riskvärde 9.

I och med att styrelsen gör sin analys redan i juni, tas hänsyn till riskerna under hela budgetprocessen. Kontroller beslutas vid mötet i november. För varje risk fastställs på ett tydligt sätt; vad och hur ska kontrolleras, uppföljningsdatum, ansvar och rapportering.

### **Bedömning**

Revisionen konstaterar att uppföljning av internkontrollplan 2023 har genomförts enligt plan på ett tillfredsställande sätt.

Revisionen bedömer att riskanalysen för 2024 förefaller vara relevant och fångar risker som vi revisorer sett och som förvaltningsledning och styrelsens presidium lyft i de möten som genomförts under 2023 med oss. I och med den tidiga processen har styrelsens riskbedömning utgjort en av grunderna för budgetprocessen. Planen för intern kontroll 2024 bedömer revisionen vara relevant och kommer att utgöra en god grund för uppföljningen av intern kontroll under 2024.

Utifrån iakttagelser gjorda avseende styrelsen för NU-sjukvårdens styrning av intern kontroll, har revisionen att bedöma och ta ställning till en av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred. I tabell nedan redogör revisionen för sina bedömningar gentemot denna grund. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

- Gul: Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionen bedömer att styrelsen inte har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

**Tabell 15: Grund för ansvarsprövning (Brister i intern kontroll)**

Tänkbar brist	Revisionens bedömning
Styrelsen saknar tillfredsställande system för intern kontroll, alternativt är system och rutiner inte tillräckligt strukturerade och integrerade i organisationen och det löpande arbetet.	Detta har revisionen inget väsentligt att anmärka på.

Vi bedömer att styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen har varit tillräcklig.

## Fördjupade granskningar

I år har följande fördjupade granskning genomförts avseende styrelsen för NU-sjukvården:

- Bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

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

Revisionen har granskat styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (diarienummer REV 2023–00098). Granskningen genomfördes i samarbete med revisionsbyrån KPMG. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som fastställts av revisorskollegiet den 13 december 2023. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

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;

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

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.

Granskningen har avgränsat till sjukhusstyrelsernas styrning och ledning av bemanning- och kapacitetsplanering av planerad vård enligt produktionskraven i budget 2023 och gällande vårdöverenskommelser vid ingången av år 2023. Granskning har skett av det sjukhusövergripande styr- och ledningen och genom granskning av stickprov av organisatoriska vårdproducerande enheter inom

sjukhusförvaltningarna, kvinnosjukvård och ortopedi. Urvalet har baserats dels på vårdområden med bristande måluppfyllelse av tillgänglighet till första besök för patienter och bristande tillgänglighet till inledande behandling enligt gällande vårdgarantier för sjukhusvård, dels av vårdområden som omfattar större patientgrupper.

Regionstyrelsen har granskats avseende styrning och ledning inom sitt ansvar för uppsikt och sitt ansvar för övergripande och samordnade vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i förhållande till ansvariga sjukhusstyrelser och granskningens stickprov har gjorts inom kvinnosjukvård och ortopedi. En ändamålsenlig och tillräcklig kompetens-försörjning skapar förutsättningar för att nå det övergripande budgetmålet om en tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård. Kompetensförsörjning genom en optimerad bemannings- och kapacitetsplanering på 1–3 års sikt är en viktig förutsättning för att säkerställa en tillräcklig vårdproduktion ställd till vårdbehovet i länet.

Västra Götalandsregionens styrning av vårdproduktion ska ske med samordning mellan sjukhus i egen regi vilket har beaktas i vår granskning av sjukhusstyrelser samt regionstyrelsen.

## Resultat

Revisionen gör den samlade bedömningen 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.

Granskningen har visat att:

- Ansvariga sjukhusstyrelser i allt väsentligt har utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion enligt sina respektive ansvar i reglemente. Granskningen visar på brister i sjukhusstyrelser styrning och ledning för att säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen mellan Västra Götalands sjukhus i egen regi, utifrån sjukhusstyrelsernas ansvar i reglemente att verka för samordning i hälso- och sjukvården.
- Ansvariga sjukhusstyrelser delvis har säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och internkontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion har tillämpats inom förvaltningen. Det saknas gemensamma arbetssätt inom

utförarförvaltningarna för arbetet med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt att förvaltningarna, eller verksamheterna inom respektive förvaltning arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.

- Regionstyrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i egen regi. Samordningen av Västra Götalandsregionens produktion av sjukhusvård i egen regi fungerar inte tillfredställande. I granskningen framkommer även att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter inte tas tillvara på ett tillfredställande sätt i Västra Götalandsregionens processer för uppdragsstyrning av vårdproduktion till sjukhusen.

## Rekommendationer

Revisionen har lämnat rekommendationer till regionstyrelsen, se rapporten för mer information om dessa. Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till berörda sjukhusstyrelser, och därmed även till styrelsen för NU-sjukvården, med anledning av granskningen av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

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.

# Granskning av styrmiljö och styrdokument

Revisionens granskning avseende styrmiljö och styrdokument har fokuserat på om styrelsen och förvaltningsledningen hanterat följande på ett ändamålsenligt sätt:

1. Dokumenterade strategier samt ledningsfilosofi för hur styrelsen avser att styra och leda verksamheten.
2. Kvalitetsledningssystem.
3. Ställningstaganden och beslut med syfte att
  - a. stärka möjligheten till måluppfyllelse
  - b. anpassa resurser till gällande uppdrag
  - c. säkra uppföljning av verksamheten
  - d. stärka besluts- och genomförandekraft att uppfylla uppdrag och hantera eventuella avvikelser.
4. Att styrelsens uppdrag enligt reglemente är omhändertaget i styrdokument och uppdrag till förvaltningen.
5. Fastställande av delegeringsordning och att rutinerna för delegering följts.
6. Följsamhet till
  - a. de policydokument, riktlinjer och anvisningar som regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och övriga systemägare fastställt.
  - b. gällande lagstiftning och de nationella riktlinjer som är styrande för verksamheten.
7. En ärendeberedning i enlighet med förvaltningslagen, kommunallagen och ärendehandboken.
8. Styrelsebeslut fattade beslut i rätt tid utifrån riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen och koncernkontoret avseende till exempel budget, delårsrapporter och årsredovisning, riskanalys och plan för intern kontroll, andra beslut av regionfullmäktige och regionstyrelsen som är relevanta för styrelsen.
9. Att brister i önskat resultat från beslut beretts och hanterats av styrelsen i rätt tid.
10. Att beslutsunderlag är tillräckliga för de beslut som fattats av styrelsen under året och att detta tydligt framgår av dokumentationen från styrelsearbetet.

**Bedömning**

Revisionen bedömer att årets grundläggande granskning styrker att de områden denna fokuserat på enligt ovan avseende styrmiljö, styrdokument och formalia, förefaller hanteras på ett ändamålsenligt sätt av NU-sjukvårdens styrelse och förvaltningsledning. Styrelsen har fattat beslut om väsentliga styrdokument i rätt tid och utifrån riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen och koncernkontoret. Vidare har förvaltningen upprättat en rutin för upprättande och revidering av styrande dokument, för att minska risken för många dokument med otydligt och motstridigt innehåll. Styrelsen har också fastställt delegeringsordning enligt Västra Götalandsregionens rutin och mall.

## Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i nämndens redovisningsrutiner omfattar följande:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

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

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar revisionen att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sina egna bokföringsorder.

Från och med 1 januari 2024 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet.

- Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

I slutet av 2023 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

## Granskning av delårsbokslutet

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

För 2023 har rapporteringen från Deloitte enbart omfattat eventuella identifierade numeriska avvikelser. Granskningen av detta har utförts av PWC.

I Deloitte:s rapportering avseende översiktlig granskning av delårsbokslut per 31 augusti 2023 framgår att inga väsentliga avvikelser har noterats för NU-sjukvården.

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

## **Granskning av årsbokslutet**

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2023 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

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

## Uppföljning av rekommendationer

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

**Tabell 16: Uppföljning av rekommendationer som den grundläggande granskningen 2022 gav upphov till**

Rekommendation	Uppföljning
Revisionen rekommenderar den tillträdande styrelsen för NU-sjukvården att i det fall årsprognoser under året avseende måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi för 2023 väsentligt avviker från budgeterade målnivåer formellt tar initiativ till gemensam analys tillsammans med: Regionstyrelsens ägarutskott och den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i enlighet med gällande övergripande principer för verksamhets- och ekonomistyrningen av Västra Götalandsregionen.	Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

**Tabell 17: Uppföljning av rekommendationer som de fördjupade granskningarna 2022 gav upphov till**

Rekommendation	Uppföljning
<p><b>Granskning av effekter av åtgärdsplaner</b></p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod</li> <li>• utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av</li> </ul>	<p>Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.</p> <p>Det kan dock konstateras att det finns ett fortsatt behov att ytterligare utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna för ekonomi i balans, se rekommendation ovan.</p>

<p>åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet</li><li>•utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus</li><li>•utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen</li><li>•säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.</li></ul>	
<p><b>Granskning av uppdämt vårdbehov</b> Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.</p>	Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

## Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet: beslutande; regionfullmäktige, beredande och verkställande; styrelse, nämnder, bolag och beredningar och granskande; revisionen.

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

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

Regionfullmäktige 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 det till regionfullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En viktig del 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 verksamheterna.

Det är de förtroendevalda som regionfullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har det ansvar som nämns ovan och som då även är de som prövas. Det främsta underlaget till regionfullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

## Om revisionen

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

Regionfullmäktige utser elva förtroendevalda revisorer. Bland de valda revisorerna utser regionfullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av Västra Götalandsregionen.

Genom att utse förtroendevalda revisorer som arbetar oberoende på uppdrag av regionfullmäktige markerar en demokratisk vilja att tillförsäkra regionfullmäktige och därigenom även medborgarna insyn i och kontroll över det som sker i Västra Götalandsregionens verksamheter. I Västra Götalandsregionens 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](http://www.skr.se).

## Regionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, kultur 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.

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 Västra Götalandsregionens sjukhus, 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 Västra Götalandsregionens övergripande uppdrag. Den har tagits fram i samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland samt med medverkan från en lång rad parter i övrigt och i näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet, högskolor och statliga organ med flera.

Diarienummer: REV 2023–00036

### **Revisionsberättelse 2023 för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2023.

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

Vårt ansvar är att granska verksamheten, den interna kontrollen och räkenskaperna samt att pröva om verksamheten bedrivs enligt regionfullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisionen. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning.

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

Mot bakgrund av de betydande brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en *erinran*.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi –

Granskningen visar att det finns brister avseende att uppnå ekonomi i balans. Styrelsen har följt den ekonomiska utvecklingen under året och har beslutat om åtgärder men styrningen har inte varit tillräcklig för att få önskad effekt med följderna att styrelsen för 2023 redovisade ett betydande underskott. Avvikelsen är - 1 274 MSEK mot budget och en avvikelse om 6,1 % i förhållande till omsättning. Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut skött ekonomin på ett tillfredsställande sätt.

- Bristande måluppfyllelse gällande verksamhet –

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut nått regionfullmäktiges övergripande tillgänglighetsmål. Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisar ett ökat antal väntande till såväl första besök som operation, behandling och utredning, och har inte fullt ut nått målet för vårdgarantin.

- Brister i styrning och intern kontroll gällande verksamhet och ekonomi -

Vi bedömer att styrelsens styrning, uppföljning och intern kontroll av ekonomin bör stärkas och att den inte fullt ut varit tillräcklig. Styrelsen har under året agerat otydligt i vissa ärenden, särskilt när det gäller beslut om åtgärder för en ekonomi i balans. Granskningen visar vidare att prognosen i samband med delårsrapport per april hade en lägre grad av träffsäkerhet dock var träffsäkerheten i prognosbedömningen något högre avseende ekonomiskt utfall i delårsrapporten i augusti. Styrelsen har heller inte säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende utvecklingen av antalet anställda främst under sommarperioden.

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

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

Årets granskning redovisas i den revisionsrapport som bifogas. Vi vill att styrelsen beaktar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vänersborg den 20 mars 2024

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport  
2024-03-20

# **Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

**– granskning av verksamhetsåret 2023**

Datum: 2024-03-20

Rapport: Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset – granskning av verksamhetsåret 2023  
Diarienummer: REV 2023-00036

Granskningarna har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsenheten i Västra  
Götalandsregionen, revisionsbyrån Deloitte och revisionsbyrån KMPG.

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

# Innehåll

Läsanvisning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	4
Granskning av styrelsens uppdrag.....	6
Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.....	12
Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll.....	17
Granskning av samordnade insatser för barn och unga.....	19
Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i regionens sjukhus.....	21
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för.....	24
Granskning av offentlighet och sekretess.....	25
Granskning av systematiskt arbetsmiljöarbete.....	27
Granskning av patientsäkerhet.....	29
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner.....	32
Granskning av delårsbokslutet.....	32
Granskning av årsbokslutet.....	33
Bilaga 1 Rekommendationer.....	34
Bilaga 2 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	37
Det kommunala ansvarssystemet.....	43
Om revisionen.....	44
Regionen i korthet.....	45

## Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisas den granskning revisionen har genomfört under 2023 avseende styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

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 ledamöterna i styrelsen och tjänstepersonerna i förvaltningen, men även till regionfullmäktige, övriga tjänstepersoner i regionen, regionens invånare, journalister med flera.

Rapporten är indelad i tre delar och två bilagor. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2023.

\*

I den *första delen* av rapporten hittar du vår sammanfattande bedömning. Där får du snabbt en bild av hur styrelsen har skött sitt uppdrag under året.

I den *andra delen* redovisar vi resultatet av vår granskning; där går vi igenom de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

I *Bilaga 1* redovisar vi våra rekommendationer till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

I *Bilaga 2* redovisar vi uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

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

## Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte fullt ut har varit tillräcklig.

Granskningen visar att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fullt ut uppnått regionfullmäktiges prioriterade mål kopplat till 'Tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård.' Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisar ett ökat antal väntande till såväl första besök som operation, behandling och utredning, och har inte fullt ut uppnått målet för vårdgarantin om 100 procent. För första besök inom specialistsjukvården redovisar Sahlgrenska Universitetssjukhuset en måluppfyllelse för 2023 på 56 procent.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset klarar inte målledtiderna för standardiserade vårdförlopp. Inom några diagnosområden som rör stora patientgrupper eller där sjukhuset är regional vårdgivare är avvikelserna stora.

Barn och ungas psykiska hälsa är ett prioriterat område i regionfullmäktiges budget. Utifrån redovisad tillgänglighet bedömer revisionen att resultatet inte uppnått fullmäktiges intentioner i budget. Tillgängligheten till första besök till barn- och ungdomspsykiatri har varierat mellan sjukhusets mottagningar. För utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri redovisar sjukhuset fortsatt låg tillgänglighet.

Granskningen visar även att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte uppnått regionfullmäktiges mål om en ekonomi i balans. Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade för helåret 2023 ett ekonomiskt underskott om 1 274 miljoner kronor. Revisionen konstaterar att prognosen i samband med delårsrapport per april hade en lägre grad av träffsäkerhet i förhållande till det faktiska ekonomiska utfallet. Däremot var träffsäkerheten i prognosbedömningen per augusti högre i förhållande till utfallet. Styrelsen och sjukhusdirektören har fattat flera beslut för att nå en verksamhet och ekonomi i balans, vilket omfattar åtgärder och beslut om 1,4 miljarder kronor. Revisionen bedömer dock att redovisade åtgärder för ekonomi i balans inte fullt ut varit tillräckliga och i stor utsträckning pekat på regionala åtgärder i stället för att riktas mot den egna verksamheten.

Revisionen bedömer att styrelsens rapportering av målstrukturen avseende mål och fokusområden från regionfullmäktige i kombination med egna strategier, mål och fokusområden medför en komplexitet vad gäller överskådligheten. Det riskerar medföra att rapporteringen inte ger en rättvisande bild av styrning och uppföljning av verksamhet och ekonomi. Revisionen bedömer också att redovisning i delårsrapporter kan utvecklas framförallt vad gäller bedömning av måluppfyllelse och prognos.

Med bakgrund av det stora underskott som styrelsen redovisat bedömer revisionen att styrelsens styrning, uppföljning och intern kontroll av ekonomin inte fullt ut varit tillräckliga. Styrelsen har inte säkerställt en tillräcklig uppföljning av utvecklingen av antalet anställda främst under sommarperioden. Att utveckla kontroller för personal- och kompetensförsörjning är också ett regionalt utvecklingsområde.

Vidare kan revisionen konstatera att det återfinns brister avseende delegationsrätt i förhållande till åtgärdsprogrammets storlek och omfattning. Det har också förekommit otydligt beslutsfattande vad gäller fastställande av handlingsplan för verksamhet och ekonomi i balans.

Styrelsen har inte heller i tillräcklig utsträckning säkerställt en aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordningen avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.

Styrelsen har delvis säkerställt ett tillräckligt styr- och ledningssystem för investeringsprocessen och aktuell projektorganisation, det finns brister avseende beslutsunderlag och återrapportering.

Styrelsen har inte fullt ut säkerställt 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.

Styrelsens arbete med den interna kontrollplanen har däremot följt Västra Götalandsregionens Policy för styrning och regionstyrelsens riktlinjer. Kontroller är fastställda och uppföljning av kontroller har rapporterats till styrelsen i enlighet med fastställda rutiner.

I bilaga 1 finns de rekommendationer som revisionen lämnar till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset med anledning av granskningen.

## Granskning av styrelsens uppdrag

Revisionen granskar varje år om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Med ändamålsenligt sätt menas om styrelsen har

- genomfört uppdraget utifrån det reglemente som gäller för styrelsen samt de lagar som styr styrelsens uppdrag
- styrt verksamheten utifrån regionfullmäktiges prioriterade mål
- agerat vid bristande måluppfyllelse
- sett till att processer av olika slag finns för planering, genomförande, organisering, uppföljning och förbättring.

## Resultat

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fullt ut har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna. Styrelsens uppdrag är att bedriva vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset på uppdrag från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och i enlighet med de måldokument och strategiska planer som fastställs av regionfullmäktige och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden. Styrelsen ska säkerställa

efterlevnad till fattade beslut om hushållning av resurser, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver specialiserad vård inom läns-sjukvård och högspecialiserad vård. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett särskilt uppdrag som universitetssjukhus i regionens sjukvårdsstruktur. Uppdraget består av två delar – forskning och utveckling samt beredskap att ständigt kunna bistå regionens övriga sjukvårdsenheter vid särskilt komplicerade och utsatta behandlingssituationer ('sista utposten').

Högspecialiserad vård för internationella patienter bedrivs inom Sahlgrenska International Care. Verksamheten är inte skattefinansierad och särredovisas i resultattabeller.

### **Styrelsens interna arbete**

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har under 2023 beslutat om delegeringsordning, arbetsordning för styrelsens arbete samt instruktion till förvaltningschef. Styrelsen har under året sammanträtt vid 14 tillfällen och hanterat 206 beslutsärenden.

Revisionen har noterat att yrkanden som inkommit inför eller vid styrelsemötena har hanterats på olika sätt i protokollen samt att styrelsens beslut i vissa ärenden blivit otydliga då det exempelvis saknas fullständiga beslutsmeningar. Se mer i avsnittet Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin på sidan 12.

### **Beslut fattade på delegation från styrelsen**

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska årligen ta ställning till sin delegeringsordning, vilket styrelsen gjorde vid sammanträdet den 13 januari. Det innebär att de delegeringsbeslut som anmälts till styrelsen under 2023 har fattats med stöd dels i den delegeringsordning som gällde 2022, dels i den som gällde 2023.

Vid stickprov av delegationsärenden har vissa avvikelser noterats. Till en handfull beslut har inte aktuellt avtal bifogats, vilket gör det svårt att avgöra om beslutet legat inom den ekonomiska ramen för det delegerade beslutsmandatet. I två fall framgår att den summa som beslutet avsett överstigit ramen för delegationen.

I ytterligare en handfull beslut kan det enligt revisionens bedömning eventuellt vara rätt individ som fattat beslutet, men vederbörande har skrivit under med en annan befattning än den som fått delegationen. I fyra fall bedömer revisionen att den individ som fattat beslutet inte haft mandat att göra det, och i ett fall framgår inte vem som fattat beslutet.

Med anledning av identifierade avvikelser, uppmanar vi styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att säkerställa en ökad efterlevnad till styrelsens delegeringsordning.

### **Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål**

I detaljbudget 2023 valde styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att arbeta med fyra av regionfullmäktiges prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Styrelsen formulerade dessutom tre egna övergripande mål, som senare i budgeten även kallas långsiktiga mål och huvudmål:

- En akutsjukvård i toppklass
- Vi skapar värde för patienten
- Vi är landets ledande universitetssjukhus

Det tredje målet har styrelsen pekat ut som prioriterat, vilket är möjligt enligt fullmäktiges instruktioner. För att nå målen har styrelsen fastställt tio strategier.

Eftersom styrelsen under 2023 fortfarande arbetade enligt den vårdöverenskommelse som tecknades med Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd och västra hälso- och sjukvårdsnämnden, hade styrelsen dessutom i sin budget ett antal aktiviteter och indikatorer kopplade till de prioriterade mål som dessa nämnder hade då överenskommelsen tecknades.

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset valt relevanta mål bland regionfullmäktiges mål.

Styrelsen har valt att själv formulera tre övergripande mål, som i detaljbudgeten även benämns långsiktiga mål och huvudmål, varav man pekat ut ett som prioriterat mål och som därmed kompletterar fullmäktiges. Under det prioriterade målet introducerades ytterligare tre långsiktiga mål samt övergripande strategier inom FoUUI-området.

Sammantaget gör revisionen bedömningen att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har upprättat detaljbudget i huvudsak enligt anvisningar och vidare finns en internt etablerad struktur för arbetet med och rapportering av mål.

*Styrelsens återrapportering av måluppfyllelse*

I enlighet med regionstyrelsens instruktioner har styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset i delårsrapport per april redovisat status för valda fokusområden och i delårsrapport per augusti status för valda mål. I årsredovisningen bedömde dock styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset måluppfyllelse för sex prioriterade mål, trots att man pekade ut fem mål i detaljbudgeten.

Styrelsens redovisning i delårsrapporterna har följt en delvis annan ordning än den som regionfullmäktige lagt fast och som styrelsen angett i sin detaljbudget. Vidare visar revisionens genomgång av delårsrapporterna att det inte alltid tydligt framgår vad som är styrelsens bedömning av måluppfyllelse för ett fokusområde eller prioriterat mål och vad som är prognosen för helåret.

Revisionen bedömer att styrelsens rapportering av målstrukturen avseende utvalda prioriterade mål och fokusområden från regionfullmäktige i kombination med styrelsens egna strategier, övergripande mål, prioriterade mål, långsiktiga mål, huvudmål och fokusområden medför en komplexitet vad gäller överskådligheten. Det riskerar att läsarna av rapporteringen upplever svårigheter av att bilda sig en rättvisande bild av styrning och uppföljning.

#### *Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka*

Målet 'invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka' inkluderar fokusområdena 'stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både första besök och behandling', 'öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn- och ungdomar med psykisk ohälsa' och 'invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar'. Styrelsen gjorde i årsredovisningen bedömningen att målet delvis var uppnått.

God tillgänglighet är enligt Sveriges Kommuner och Regioner en av de viktigaste kvalitetsfaktorerna för en säker vård, omställningen till nära vård och den lokala anpassningen av kunskapsstyrningen.

Enligt vårdgarantin ska en patient erbjudas ett första besök inom 90 dagar till specialistsjukvården och inom 30 dagar till barn- och ungdomspsykiatri efter beslut om vårdbegäran/remiss samt erbjudas operation inom 90 dagar efter beslut om behandling. I Västra Götalandsregionen finns en utökad vårdgaranti avseende neuropsykiatriska utredningar för vuxna samt utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri.

De tidigare hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknade vårdöverenskommelser med respektive sjukhusstyrelse för perioden 2022–2023. Av

överenskommelserna framgick att ägare, beställare och utförare skulle samverka för att uppfylla vårdgarantin genom att

- beställaren ytterst ansvarade för att invånare erbjuds vård inom fastställda garantitider och därmed för att beställa vård utifrån prioriterat behov
- utföraren ansvarade för att inom ramen för vårdöverenskommelsen utföra vården inom fastställda garantitider
- ägaren ansvarade för produktionsstyrning av den samlade kapaciteten, vilket bland annat innebär omfördelning mellan regionens sjukhus av beställd vård för optimalt nyttjande av resurserna.

I och med den nya politiska organisationen från 2023 har operativa hälso- och sjukvårdsnämnden tagit över ansvaret för vårdöverenskommelserna. Nämnden fastställde den 27 september ett ettårigt uppdrag för 2024 till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Till skillnad från vårdöverenskommelserna fattades beslutet ensidigt av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, och styrelsen fick inför beslutet information från sin förvaltning vid tre tillfällen. Av uppdraget framgår att operativa hälso- och sjukvårdsnämnden genom uppdrag, avtal och fördelning av resurser ska säkerställa hushållningen av Västra Götalandsregionens resurser, säkerställa att tillgängligheten till vård är god och att lagstiftningen inom området uppfylls.

Av operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av vårdöverenskommelserna per augusti 2023, framgick att inget av sjukhusen nådde målet för vårdgarantin om 100 procent, och att måluppfyllelsen per vårdområde och sjukhus uppvisade stora variationer. I årsredovisningen redovisade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset en ökning av antalet väntande till första besök över 30 och 90 dagar och en ökning av antalet väntande till operation, behandling och utredning över 30 och 90 dagar. För första besök inom specialistsjukvården hade Sahlgrenska Universitetssjukhuset en måluppfyllelse på 56 procent för 2023. Revisionen noterar att styrelsen i årsredovisningen kommenterat patientantal –inte måluppfyllelse för lagstadgad vårdgaranti.

Revisionen noterar vidare att sjukhuset inte klarat målledtiderna för standardiserade vårdförlopp<sup>1</sup>. Avvikelsen är stor inom några diagnosområden som rör stora patientgrupper eller där sjukhuset är regional vårdgivare.

Revisionen granskade 2021 tillgängligheten till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa. Granskningen resulterade i att vi lämnade en rekommendation till styrelsen om att i samverkan stärka sina

---

<sup>1</sup> Årsredovisning 2023 för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU 2024-00213).

insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen. Utifrån regionstyrelsens beslut om tillgänglighetsuppdrag 2021–2023 har två regiongemensamma verksamheter startat; dels kontaktcentret En väg in (2022), dels Regional utredningsenhet (2023).

Revisionen har under året följt tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Under 2023 har en regional utredningsmottagning startat på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och eventuella effekter är för tidigt att se. Revisionen har tagit del av styrelsens rapportering samt ställt frågor till verksamheten. Tillgängligheten till första besök till barn- och ungdomspsykiatri har varierat mellan sjukhusets mottagningar. För utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri har sjukhuset fortsatt redovisat låg tillgänglighet. Barn och ungas psykiska hälsa är ett prioriterat område i regionfullmäktiges budget, och utifrån redovisad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri bedömer revisionen att resultatet inte nått fullmäktiges intentioner i budget. Revisionen kommer fortsatt att följa utvecklingen av tillgängligheten under 2024.

Revisionen har tidigare år även granskat Sahlgrenska Universitetssjukhusets tillgänglighetsarbete och insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov, vilket resulterat i att vi lämnat två rekommendationer till styrelsen. Revisionen noterar att skrivningarna om ansvar för tillgänglighet till vård har förändrats i uppdragen för 2024. Revisionen bedömer dock att styrelsen bör säkerställa effektiva arbetssätt för att korta väntetiderna samt skapa förutsättningar att upprätthålla god tillgänglighet till vård.

## Rekommendationer

I samband med tidigare års granskningar av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets måluppfyllelse, rekommenderade revisionen styrelsen att utveckla redovisningen i enlighet med regional anvisning samt att mer aktivt arbeta för att nå regionfullmäktiges mål. Med anledning av årets granskning förtydligar revisionen detta genom att rekommendera styrelsen att

- tydliggöra relationen mellan regionfullmäktiges prioriterade mål och styrelsens egna mål och strategier, samt följa regionstyrelsens instruktioner för rapportering i delårsrapporter och årsredovisning.

Revisionen har under flera år följt styrelsens måluppfyllelse utifrån regionfullmäktiges tillgänglighetsmål samt under 2022 granskat sjukhusets insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Med anledning av årets granskning rekommenderar revisionen styrelsen att

- säkerställa effektiva arbetssätt för att korta väntetiderna till vård och behandling samt skapa förutsättningar att upprätthålla god tillgänglighet till vård.

Rekommendationen om att stärka insatserna för att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri kvarstår.

## Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin

Revisionen granskar varje år om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset haft en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi. Med det menas om styrelsen har

- styrt verksamheten så att den bedrivs inom de ekonomiska ramarna
- en ekonomi i balans
- en heltäckande och kontinuerlig ekonomisk uppföljning
- vidtagit åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås
- ett eget kapital som motsvarar nivån som framgår av regionens regelverk.

## Resultat

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut haft en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

### Styrelsens agerande under året

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har under 2023 analyserat möjliga konsekvenser av ekonomiska avvikelser och vidtagit en rad åtgärder, i första hand genom uppdrag till sjukhusdirektören. Vid styrelsens andra sammanträde, den 3 februari, fick direktören i uppdrag att identifiera och avsluta icke vårdnära administrativa rutiner och uppdrag samt att införa en obligatorisk prövning av områdeschef vid anställning av icke patientnära administrativ personal. Den 24 februari redovisades månadsrapport för januari med ett underskott på 85 miljoner kronor<sup>2</sup>, och direktören fick i uppdrag att redovisa en analys av kostnadsutvecklingen (återrapporterades i mars).

Underskottet för årets två första månader om 208 miljoner kronor renderade den 31 mars i två uppdrag till sjukhusdirektören – att ta fram åtgärdsplaner för en

---

<sup>2</sup> Resultat exklusive Sahlgrenska International Care.

ekonomi i balans (ett arbete som enligt tjänsteutlåtande redan var i gång) och att kontakta ägarutskottet och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för ytterligare en dialog om det ekonomiska läget. Dessutom skulle direktören inleda ett arbete för att, i samverkan med övriga sjukhusförvaltningar och regionledningen, göra sjukhuset oberoende av personal från bemanningsföretag.

### **Uppmaning om mer självständig förvaltning**

Per mars hade sjukhusets underskott stigit till 329 miljoner kronor, och styrelsens presidium fick vid sammanträdet den 28 april i uppdrag att skriva till ägarutskottet med begäran att få använda 2023 och 2024 för att nå en ekonomi i balans. För att få genomslag för nödvändiga förändringar beslutade styrelsen dessutom om ett förtydligande i sin instruktion till sjukhusdirektören. Enligt styrelsen var det viktigt att förvaltningen genomför åtgärder de har befogenhet för, utan att sända dessa till styrelsen för beslut.

Ett förslag att presentera en reviderad budget med fokus på nollresultat vid slutet av 2024 (jämför skrivelsen till ägarutskottet ovan) bordlades, men togs inte upp vid något senare sammanträde under året.

Den 2 maj genomförde ägarutskottet en gemensam avstämning med samtliga sjukhusstyrelser, där styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset påtalade att de inte skulle kunna nå ett nollresultat för 2023 och efterfrågade stöd och regiongemensamt arbete kring bland annat beroendet av bemanningsföretag, it-kostnader och utskrivningsklara patienter.

### **Handlingsplan på 600 miljoner kronor**

Styrelsen genomförde ett extra sammanträde den 17 maj. Styrelsen fick information om en handlingsplan för verksamhet och ekonomi i balans med omedelbara åtgärder för att sänka kostnadsnivån motsvarande 600 miljoner kronor. Av tjänsteutlåtande framgick att storleken på åtgärdsprogrammet krävde ett styrelsebeslut, men styrelsen beslutade bara att genomförandet av planen skulle återspeglas månadsvis. Dessutom gavs sjukhusdirektören i uppdrag att bedöma möjligheten att uppnå ekonomisk balans genom naturliga avgångar samt att analysera möjligheten att slå samman staber.

### **Prognos på -900 miljoner kronor**

Vid ordinarie sammanträde den 26 maj konstaterades regionfullmäktiges beslut att avskriva 148 miljoner kronor av underskottet i det egna kapitalet för 2022. Styrelsen fastställde delårsrapport för årets första tertial, med ett underskott på 367 miljoner kronor och en prognos för helåret på -900 miljoner kronor, samtidigt som styrelsen konstaterade en uppenbar svårighet och målkonflikt i att klara sjukhusets uppdrag avseende produktion, tillgänglighet, forskning/utbild-

ning och ekonomi. Styrelsen fick information om vilka uppdrag/projekt som utgjorde icke vårdnära administrativa arbeten som kunde avslutas eller pausas – i övrigt fattade styrelsen inte några beslut om åtgärder.

Ägarutskottets avstämning med styrelsens presidium den 1 juni handlade enligt anteckningarna om de beslut som styrelsen fattat och den förväntade effekten. Presidiet meddelade att antalet nettoårsarbetare ökat med anledning av minskade sjukskrivningar, men att antalet anställda personer vid tillfället var 30 färre än för ett år sedan.

När regionstyrelsen den 1 juni behandlade Västra Götalandsregionens delårsrapport noterades att bland andra styrelsen för Sahlgrenska Universitets-sjukhuset prognostiserade en negativ budgetavvikelse för 2023, och regionstyrelsen uppmanade sjukhusstyrelsen att vidta verkningsfulla åtgärder för att anpassa verksamheten till fastställd budget.

### **Låg andel hyrpersonal**

Månadsrapporten per maj (-537 miljoner kronor) redovisades vid styrelsens sammanträde den 21 juni, och sjukhusdirektören fick i uppdrag att dels identifiera vilka tjänster/aktiviteter som sjukhuset skulle upphöra att tillhandahålla och i stället lämna över till vårdgivare som redan har uppdraget (utifrån Västra Götalandsregionens strategi för omställning), dels presentera ytterligare besparingsåtgärder till handlingsplanen för ekonomi i balans för beslut på ett extra sammanträde den 18 augusti. Vid sammanträdet i juni återrapporterades dessutom uppdraget från i mars om beroendet av bemanningsföretag. Under årets första kvartal motsvarade sjukhusets kostnader för inhyrd personal 1,1 procent av den totala personalkostnaden, vilket var lägre än den nivå som Sveriges Kommuner och Regioner satt upp tillsammans med regionerna för att betraktas som 'oberoende'. Sjukhusförvaltningen meddelade att man ändå arbetade vidare tillsammans med Koncernkontoret för att sänka dessa kostnader ytterligare.

Vid styrelsens sammanträde den 18 augusti hade det återkommande ärendet Verksamhet och ekonomi i balans fått rubriken Omedelbara, strukturella åtgärder som sänker kostnadsnivån. Styrelsen noterade förvaltningens information om strukturella åtgärder, som förväntades innebära en kostnads-sänkning om 538 miljoner kronor på helårsbasis, och beslutade för egen del att hos regionstyrelsen initiera frågorna om förändrade patientströmmar till akutmottagningar, omförhandling av SAMSA-avtalet samt ändamålsenligt upplägg för 1177/telefoni och jourcentraler. Styrelsen gav också direktören i uppdrag att ta fram en genomförandeplan, som 'ska inkludera de två åtgärds-paket som har beslutats av styrelsen', för att uppnå ekonomi i balans under perioden 2023 och 2024. En lägesrapport kring genomförandeplanen förväntades vid sammanträdet i september och en helt färdigställd plan i oktober.

### **Kritik mot förvaltningen**

Det ekonomiska underskottet per juli var 771 miljoner kronor. Styrelsen noterade detta vid sitt sammanträde den 1 september, och avslog ett yrkande om att föra dialog med ägarutskottet om en ekonomi i balans. Från delar av oppositionen lämnades en protokollsanteckning där man uttryckte 'besvikelse över att de politiska beslut som har fattats för att få ekonomisk balans ännu inte har genomförts som förväntat av förvaltningen, detta är oacceptabelt'.

Vid avstämning med ägarutskottet den 12 september informerade styrelsens presidium om arbetet med Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HEBSU, som enligt presidiet omfattade åtgärder och beslut om 1,4 miljarder kronor. Ett stort arbete hade genomförts kring licenser och it-program, men på grund av regionala avtal hade detta gett begränsad effekt. Antalet anställda hade ökat under sommaren för att klara produktionsuppdraget.

När styrelsen den 29 september fastställde delårsrapport per augusti var underskottet 881 miljoner kronor och prognosen för helåret -1 230 miljoner kronor (en försämring med 330 miljoner kronor jämfört med prognosen per april).

Vid styrelsens sammanträde den 27 oktober redovisades månadsrapport per september, med ett underskott om 999 miljoner kronor, och arbetet med HEBSU redovisades för första gången som ett avsnitt i månadsrapporten. Styrelsen beslutade att tillskriva regionstyrelsen att informera regionfullmäktige om det orimliga i att uppnå en ekonomi i balans för 2023. Sjukhusdirektören fick i uppdrag att omedelbart organisera sin verksamhet så att den totala kostnaden för bemanning ryms inom budgetram för kommande år. Även arbetet med att förbättra tillgängligheten skulle utföras inom beslutade budgetramar.

### **Ekonomi i balans genom naturliga avgångar**

Per oktober redovisade styrelsen ett underskott om 1 137 miljoner kronor, och vid sammanträdet i november återrapporterades uppdraget kring möjligheter att uppnå en ekonomi i balans genom naturliga avgångar. Under förutsättning att ingen återanställning sker, skulle det med en historisk takt på personalomsättning ta cirka 15 månader att minska antalet nettoårsarbetare med nödvändiga 2 000. Oppositionens yrkande att skicka detta svar till regionstyrelsen och Koncernkontoret för kännedom samt föra en dialog om en lösning, avslogs genom omröstning.

Vid styrelsens sista sammanträde för året redovisades månadsrapport per november, med ett underskott om 1 204 miljoner kronor.

Den 19 december översände regionstyrelsen svar till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset avseende Omedelbara, strukturella åtgärder som sänker kostnadsnivån. Frågan om förändrade patientströmmar till akutmottagningar

var under utredning inom Koncernkontoret, omförhandling av SAMSA-avtalet skulle enligt Koncernkontorets bedömning riskera att rubba tillit och förtroende mellan huvudmännen samt att regionens fokus fortsatt behöver vara att förbättra såväl det regioninterna samarbetet som att fortsätta samverka med kommunernas vård och omsorg.

### **Historiskt stort underskott**

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade för helåret 2023 ett ekonomiskt underskott om 1 274 miljoner kronor<sup>3</sup>, att jämföra med prognosen per april på -900 miljoner kronor och per augusti på -1 230 miljoner kronor.

I årsredovisningen upprepade styrelsen att man efter sommaren fattat beslut om en handlingsplan (HEBSU), och noterade att den första så kallade milstolpen – att bryta kostnadsutvecklingen under fjärde kvartalet – uppnåddes i november. I den 'Projektplan Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset' som sjukhusdirektören fastställt i oktober, angavs milstolpen/delmålet som 'Minska kostnadsutvecklingstakten som i juli 2023 var 9,8 procent'. Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade i november en kostnadsutvecklingstakt på 9,2 procent och i december på 9,0 procent.

Inför sammanträdet den 2 februari har inga förslag till specifika åtgärder presenterats med anledning av resultaten i årsredovisningen eller lägesrapporten kring arbetet med HEBSU.

### **Sammanfattning – styrelsens styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin**

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fullt ut har nått regionfullmäktiges mål om ekonomi i balans. Vidare bedömer revisionen att redovisade åtgärder för ekonomi i balans inte fullt ut varit tillräcklig och i stor utsträckning pekat på regionala åtgärder i stället för att riktas mot den egna verksamheten.

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset hållit sig väl informerad om den ekonomiska situationen under året, och agerat aktivt i relation till sjukhusdirektören. Totalt har styrelsen lämnat 17 uppdrag.

Revisionen bedömer också att styrelsen hållit regionstyrelsen underrättad om den ekonomiska utvecklingen, som redan tidigt under året visade på betydande underskott. Styrelsens prognos i samband med delårsrapport

---

<sup>3</sup> Resultatet för Sahlgrenska International Care år 2023 blev 5,3 miljoner kronor.

per april låg dock långt ifrån det slutliga utfallet, medan prognosen per augusti hade en högre träffsäkerhet.

Styrelsen har dock vid några sammanträden inte fattat tydliga beslut utifrån krav som ställs avseende delegationsrätt i förhållande till åtgärdsprogrammets storlek och omfattning. Det gäller det åtgärdsprogram som diskuterades den 17 maj samt 26 maj. Det har också varit otydligt fastställande av Handlingsplan för verksamhet och ekonomi i balans (HEBSU), där styrelsen vid respektive sammanträde noterat förvaltningens information men senare refererat till att styrelsen fastställt planerna.

## Rekommendationer

I samband med 2022 års granskning avseende effekter av åtgärdsplaner lämnade revisionen sex rekommendationer – bland annat att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle fortsätta arbetet för genomförbara åtgärdsplaner med uppföljningsbara effekter, utvecklade former för uppföljning och controlling av åtgärder liksom jämförelser med andra sjukhus, bred information och delaktighet i hela organisationen, utvecklad samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen samt beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Året dessförinnan rekommenderade revisionen styrelsen att fortsatt arbeta med åtgärdsprogram för kostnadskontroll och ekonomi i balans.

Eftersom 2023 präglats av stora ekonomiska underskott för samtliga sjukhusstyrelser och ett omfattande arbete för Sahlgrenska Universitetssjukhuset med åtgärdsprogram och handlingsplaner som inte gett avsedda effekter eller vars effekter kan förväntas under en längre period, avser revisionen att följa styrelsens arbete under 2024. Rekommendationerna kvarstår därför.

## Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll

Revisionen granskar varje år om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrning, uppföljning och interna kontroll varit tillräcklig inom de områden vi granskat. Granskningen omfattar om

- det funnits ett systematiskt arbete med styrning och intern kontroll
- det funnits en riskhantering och kontroller inom väsentliga områden
- arbetet med den interna kontrollen varit en integrerad del av organisationen, systemen och det löpande arbetet

- det funnits en uppföljning av styrningen och den interna kontrollen.

## Resultat

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrning, uppföljning och intern kontroll har varit tillräcklig inom de områden som granskas. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset fastställde plan för intern kontroll 2023 den 16 december 2022. Arbetet har följt Västra Götalandsregionens Policy för styrning och regionstyrelsens riktlinjer. Kontroller är fastställda och uppföljning av kontroller har rapporterats till styrelsen vid två tillfällen under året.

I beslutsunderlag anger styrelsen att planen för intern kontroll omhändertar de identifierade risker som bedömts vara av sådan karaktär att de ska kontrolleras och följas upp av styrelsen. Styrelsen har dock i uppdrag att leda och styra hela verksamheten. Revisionen noterar att styrelsen under sommaren inte haft kontroll över att antalet anställda utökats märkbart. Revisionen noterar också att förvaltningen identifierat stora risker avseende personal- och kompetensförsörjning, men att det är svårt att koppla till kontroller och åtgärder. Revisionen kan här se ett regionalt utvecklingsområde, men gör bedömningen att styrelsen inte har säkerställt en tillräcklig uppföljning inom området. Revisionen kommer under 2024 följa vilka åtgärder styrelsen vidtar för att tidigare upptäcka oönskad utveckling, exempelvis utökning av antal anställda utöver budget.

Revisionen noterar vidare att styrelsens kontrollplan inte varit nedbruten till verksamhetsnivå. Verksamheten har dock fått nominera in risker i arbetet med framtagande av plan för intern kontroll.

Styrelsen har i plan för intern kontroll 2023 tre risker inom området oegentligheter; risk för dataintrång, risk för att sjukhuset delar personuppgifter med externa samarbetspartner och risk för att obehöriga får åtkomst till patientuppgifter. Revisionen bedömer att verksamhetens omfattning och komplexitet innebär hög risk för även andra former av oegentligheter. Revisionen noterar att styrelsen i plan för intern kontroll 2024 har lagt till en risk för oegentligheter och jäv där kontrollerna omfattar områdena bisysslor samt efterlevnad av Rutin för oegentligheter 2020–2025. I samtal med förvaltningen har framkommit att planering pågår för att stärka det förebyggande arbetet mot oegentligheter, och revisionen kommer under 2024 följa upp hur det arbetet systematiserats.

I 2022 års granskning av löneprocessen lämnade revisionen en rekommendation till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att stärka den interna kontrollen avseende anställningsavtal. Rekommendationen kvarstår då vi i årets granskning inte fått svar på hur arbetet med att se till att anställningsavtal skrivs under innan en anställning påbörjats har fortlöpt (bilaga 2).

## Granskning av samordnade insatser för barn och unga

Under 2023 granskade revisionen samordnade insatser för barn inom Göteborgs Stad i Västra Götalandsregionen. Granskningen genomfördes i samarbete med sakkunniga i Stadsrevisionen i Göteborg.

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.

Granskningen omfattade styrelserna för Habilitering & Hälsa, Närhälsan, Regionhälsan och Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt inom Göteborgs Stad nämnderna grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden Sydväst och utbildningsnämnden.

### Bakgrund

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 (SIP) när ett barn 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 Göteborgs Stad 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.

## Resultat

Den samlade bedömningen är att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig samverkan. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

Det finns en struktur för samverkan och för att implementera överenskommelsen 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.

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 merarbete 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.

## Rekommendationer

Med anledning av granskningen av samordnade insatser för barn och unga rekommenderar revisionen styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 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.

## Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus

Revisionen har, i samarbete med KPMG, granskat styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som fastställts av revisorskollegiet den 13 december 2023. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

Syftet med granskningen var att bedöma om ansvariga styrelser säkerställt en ändamålsenlig styrning med tillräcklig intern kontroll av fastighetsinvesteringar i sjukhus för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi.

Granskningen har omfattat regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I granskningen har ingått att analysera regionens styr- och ledningssystem för investeringar samt att fördjupat granska två utvalda investeringsprojekt, Wieselgrensplatsen respektive Sahlgrenska Life Hus 1.

## Bakgrund

Västra Götalandsregionen ansvarar för att förse länets invånare med en god hälso- och sjukvård, vilket omfattar att upprätthålla ändamålsenliga fastigheter för den hälso- och sjukvård som Västra Götalandsregionen bedriver i egen regi.

Sjukvårdens omställning kräver strategiska beslut som påverkar både fastighetsinvesteringar och strukturella förändringar i vården. Det innefattar anpassningar av vårdproduktionen samt ökade krav på vårdkapacitet, vårdkvalitet och resurseffektivitet på sjukhusen. Dessa strategiska inriktningar är centrala för att säkerställa en bra omställning av hälso- och sjukvården. De senaste åren har Västra Götalandsregionens styr- och ledningssystem för beredning och beslut om investeringar förändrats bland annat avseende mer utvecklade beslutsunderlag under beredningsprocessen för att säkerställa ändamålsenliga investeringar. Förändringarna syftar till att stärka och förbättra det formella organisations-systemet, styrsystemet och ledningssystemet inom regionen.

Revisionen såg en risk för att beredning och beslut av fastighetsinvesteringar för Västra Götalandsregionens sjukhusvård i egen regi inte hanteras i enlighet med regionfullmäktiges krav på styrning. Risken utgår från ansvarsgrunder i God revisionssed i kommunal verksamhet avseende dels risk för bristande måluppfyllelse av verksamhet och ekonomi, dels risk för bristande intern kontroll av verksamhet och ekonomi avseende otillräcklig beredning av ärenden.

## Resultat

Revisionen gör en samlad bedömning att styrelserna delvis säkerställt en god styrning och kontroll av investeringar i sjukhusbyggnader. Av granskningen framgår 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

- 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.
- 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.
- delvis säkerställt att det finns en fungerande projektorganisation för de byggnadsinvesteringar som ingår i granskningen. Vi noterar dock att styrning av ansvarsfördelningen har brister.
- 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
- delvis har säkerställt att återrapportering av investeringsärendena i granskningen har skett på rätt sätt. Vi noterar dock att återrapportering brustit enligt det som anges under punkterna 2 och 4 ovan.

## Rekommendationer

Med anledning av granskningen av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus rekommenderar revisionen ansvariga styrelser 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.

# Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus

Revisionen har, i samarbete med KPMG, granskat styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som fastställts av revisorskollegiet den 13 december 2023. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

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

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus samt styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

## Bakgrund

Revisorskollegiet har identifierat en revisionsrisk avseende de svårigheter som Västra Götalandsregionen har att säkerställa kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården, vilket i sin tur inverkar på Västra Götalandsregionens förutsättningar att nå regionens övergripande mål om en tillgänglig och produktiv 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.

## Resultat

Revisionen gör den samlade bedömningen 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.

Granskningen har visat att

- ansvariga sjukhusstyrelser i allt väsentligt har utformat en tillfredsställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll

avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion enligt sina respektive ansvar i reglemente. Granskningen visar på brister i sjukhusstyrelser styrning och ledning för att säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen mellan Västra Götalands sjukhus i egen regi, utifrån sjukhusstyrelsernas ansvar i reglemente att verka för samordning i hälso- och sjukvården.

- ansvariga sjukhusstyrelser delvis har säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och internkontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion har tillämpats inom förvaltningen. Det saknas gemensamma arbetssätt inom utförarförvaltningarna för arbetet med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt att förvaltningarna, eller åtminstone verksamheterna inom respektive förvaltning, arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.
- sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter inte tas tillvara på ett tillfredställande sätt i Västra Götalandsregionens processer för uppdragsstyrning av vårdproduktion till sjukhusen.

## Rekommendationer

Med anledning av granskningen av bemannings- och kapacitetsplanering rekommenderar revisionen styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 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 offentlighet och sekretess

Under 2023 granskade revisionen offentlighet och sekretess inom styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet var att bedöma om styrelsen har en ändamålsenlig hantering av allmänna handlingar som säkerställer rätten att ta del av allmänna handlingar. Med ändamålsenlig hantering menas att det finns rutiner och arbetssätt avseende inkommande och upprättade handlingar, registrering av handlingar samt utlämnande av handlingar.

## Bakgrund

Offentlighetsprincipen syftar till att garantera allmänhetens och massmedias insyn i offentliga verksamheter, bland annat genom rätten att ta del av allmänna handlingar. En korrekt tillämpning av regler för offentlighet och sekretess i regional verksamhet (nämnder, styrelser och bolag) är en grundläggande del av den demokratiska kontrollen och en viktig rättighet för medborgarna. Offentlighetsprincipen regleras bland annat i tryckfrihetsförordningen.

## Resultat

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset inte fullt ut har en ändamålsenlig hantering av allmänna handlingar som säkerställer rätten att ta del av allmänna handlingar. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

Styrelsen ska, utifrån sitt arkivansvar, se till att det finns en ansvarsfördelning avseende hanteringen av allmänna handlingar och arkiv. I detta ingår att besluta om en arkivorganisation genom att utse en eller flera arkivansvariga och en eller flera arkivredogörare. Allmänna handlingar ska registreras i ett diarium så snart de har kommit in eller upprättats hos myndigheten om det inte är uppenbart att de är av ringa betydelse för myndighetens verksamhet.<sup>4</sup> I styrelsens arkivansvar ingår även att se till att verksamhetens handlingar bevaras, hålls ordnade och vårdas så att rätten att ta del av allmänna handlingar kan tillgodoses.

Granskningen har visat att det finns en organisation, rutiner och utbildningar som ger goda förutsättningar för att hantera allmänna handlingar på rätt sätt. Vi bedömer därför att styrelsen har tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar.

Däremot är vår bedömning att styrelsen inte fullt ut har upprättat obligatoriska dokument i enlighet med gällande regelverk. I vår granskning har vi noterat att beslut om förteckning av it-system saknas och att utformningen av förteckningen inte fullt ut följer regionens Anvisning för tillämpningen av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering.

Vi har även noterat att styrelsen inte har någon egen plan för bevarande av elektroniska handlingar, trots att det finns it-system där myndigheten själva har

---

<sup>4</sup> Föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 2 kap. 6§, 4 kap. 21§, Anvisning Tillämpning av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering 2 kap, s. 14-15 (RS 2018-01178).

det tekniska arkivansvaret, vilket inte följer regionens Anvisning för tillämpningen av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering.

För att ytterligare stärka rätten till allmänna handlingar och för att uppfylla sitt arkivansvar bör styrelsen se till att samtliga obligatoriska dokument upprättas och fastställs och att dokumenten följer de krav som ställs i regionens föreskrifter och riktlinjer.

## Rekommendationer

Med anledning av granskningen av offentlighet och sekretess rekommenderar revisionen styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

- se till att samtliga dokument som krävs för att säkerställa styrelsens arkivansvar upprättas och fastställs snarast.

## Granskning av systematiskt arbetsmiljöarbete

Under 2023 granskade revisionen det systematiska arbetsmiljöarbetet inom styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet var att bedöma om styrelsen bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete som förebygger ohälsa och olycksfall i arbetet och leder till att en tillfredställande arbetsmiljö uppnås.

## Bakgrund

Arbetsgivaren ska enligt lag<sup>5</sup> systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten så att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsmiljölagen ställer krav på att arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som krävs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall.

I Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete definieras arbetsgivarens ansvar att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa.<sup>6</sup> Av föreskriften framgår även att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska vara en naturlig del i den dagliga verksamheten och att medarbetare och skyddsombud ska ges möjlighet och förutsättningar att delta i arbetsmiljöarbetet.

---

<sup>5</sup> Arbetsmiljölagen (1977:1160).

<sup>6</sup> Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).

## Resultat

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset under 2023 bedrivit ett systematiskt arbetsmiljöarbete, i syfte att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och uppnå en tillfredställande arbetsmiljö.

Styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig styrning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Målbeskrivningar och andra styrande dokument på styrelsenivå följer aktuella lagar och föreskrifter, utbildningar genomförs och arbetet med intern kontroll inkluderar ett flertal relevanta risker inom arbetsmiljöområdet. Styrelsen har också fattat nödvändiga beslut för att säkerställa att sjukhusdirektören får uppdrag och mandat för både organisation och arbetsuppgifter inom arbetsmiljöområdet.

Styrelsen har vidare säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Exempelvis tas resultatet av den årliga enkäten till första och andra linjens chefer om hand, och påverkar de utbildningar som genomförs med alla nyanställda chefer, liksom fort- och vidareutbildningar.

Den direkta rapporteringen inför och vid styrelsens sammanträden har utvecklats. Efter att revisionens rapport avseende 2022 presenterades för styrelsen i slutet av april, har HR-direktören presenterat ett tjänsteutlåtande inför och en muntlig dragning om minst tio minuter vid varje sammanträde. Utöver en allmän, grundläggande del har informationen haft ett tema vid varje tillfälle, och revisionen gör bedömningen att detta bidragit till att styrelsen fått en aktuell lägesbild och ett naturligt tillfälle att diskutera väsentliga arbetsmiljöfrågor. Detta är sannolikt av särskild vikt när styrelsen vid samma sammanträden också diskuterar ärenden som rör omfattande åtgärder för verksamhet och ekonomi i balans.

Dessutom innehåller styrelsens plan för intern kontroll en rad relevanta risker inom arbetsmiljöarbetet som kontrolleras, följs upp och återrapporteras till styrelsen på ett systematiskt sätt.

Under 2022 granskade revisionen arbetsmiljöarbetet inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets område 1, kvinnosjukvården. Revisionens sammanfattande bedömning var att styrelsen inte fullt ut hade säkerställt ett ändamålsenligt arbetsmiljöarbete utifrån lagar och föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö. Granskningen visade på förbättringsområden avseende styrelsens systematiska uppföljning och arbetet för att förebygga hög arbetsbelastning. Revisionen rekommenderade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att utveckla den systematiska uppföljningen av arbetsmiljöarbetet.

Med utgångspunkt i årets granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet, som fokuserat på arbetet på styrelse- och förvaltningsledningsnivå, gör revisionen bedömningen att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset omhändertagit denna rekommendation.

En särskild utmaning för styrelsen som kan förväntas hålla i sig under åtminstone det kommande året, är att upprätthålla en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska arbetsmiljöarbetet när mycket av styrelsens och förvaltningsledningens arbete handlar om åtgärder för en ekonomi i balans.

## Rekommendationer

I samband med 2022 års granskning av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbetsmiljöarbete, rekommenderade revisionen styrelsen att

- utveckla den systematiska uppföljningen av arbetsmiljöarbetet.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen, och lämnar ingen ny rekommendation.

## Granskning av patientsäkerhet

Under 2023 granskade revisionen arbetet med patientsäkerhet inom styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet var att bedöma om styrelsen bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, och granskningen avgränsades till styrelsens arbete med identifierade förbättringsområden i Patientsäkerhetsberättelse 2022.

## Bakgrund

I patientsäkerhetslagen står att alla vårdgivare är skyldiga att arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Därför har Socialstyrelsen tagit fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet, och varje kommun och region bör utifrån den ta fram en egen lokal handlingsplan. Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategisk och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

## Resultat

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedrivit ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

### Organisation

Sjukhuset har organiserat patientsäkerhetsarbetet genom området Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet som består av förste chefläkare, Kvalitetsstrategiska avdelningen, chefläkare och verksamhet Läkemedel. För att initiera och samordna genomförandet av övergripande aktiviteter finns Funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Gruppen består av förste chefläkare (ordförande), utvecklingschef från varje område och Kvalitetsstrategiska avdelningen, chefläkare och verksamhetschef för verksamhet Läkemedel. Funktionsgruppen har förankring in i verksamheterna på alla nivåer genom verksamhetsutvecklare och ombud från olika professioner på enheterna.

### Styrning och uppföljning

Funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet har fastställt patientsäkerhetsområden utifrån fokusområden och frågor som är viktiga för verksamhetsområdena, vilket blir en intern revision där flera nivåer inom sjukhuset samverkar. Sjukhuset genomför patientsäkerhetsdialoger en gång per år med alla verksamheter. Frågorna vid patientsäkerhetsdialogen utgår från vad verksamheten behöver för stöd samt vad verksamheten ser som störst risk. Resultatet av dialogen följs upp vid kommande patientsäkerhetsdialog.

Verksamheten anger att de har ett kontrollsystem där de slumpmässigt genomför journalgranskning. Vid medarbetarenkäten som genomfördes år 2022 svarade 92 procent av de anställda att de rapporterar om de upptäcker fel. Medarbetarenkäten innehöll 11 frågor om patientsäkerhet. Resultatet från medarbetarenkätorna återrapporteras till styrelsen.

Varje styrelsemöte inleds med 20 minuters information om patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten rapporterar om hur sjukhuset ligger till utifrån kvalitetsindikatorer, informerar om allvarliga händelser, planering för sommaren, ger information från patientnämnder samt återrapporterar information från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I samband med delårsrapport per augusti rapporterades fokusområdena antibiotikaresistens, hälsofrämjande sjukvård, läkemedelsrelaterade skador, suicidprevention, undernäring och vårdrelaterade infektioner. Bedömningen var att målen delvis kommer att uppnås. Styrelsen har inte gett verksamheten några uppdrag utifrån den information de fått vid rapporteringen. I patientsäkerhetsberättelse 2023 redovisade styrelsen avvikelser bland annat för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, mätbara vårdtillfällen

(registrering) för trycksår, riskvärdering för fallskador, dokumentation av vård- och läkemedelsberättelse i Melior vid utskrivning samt viss läkemedelsförskrivning.

### **Analysarbetet kan stärkas**

I patientsäkerhetsberättelse för 2022 beskrev sjukhuset att analyserna av avvikelser tar lång tid på grund av ökad arbetsbelastning och personalbrist. Verksamheten angav vid intervju att de kan se en nedgång i antalet Lex Maria-anmälningar och att de skulle vilja analysera varför. Verksamheten rapporterade också att endast fem procent av det som händer registreras i MedControl PRO. Sjukhuset skiljer sig inte avseende rapportering från andra sjukhus i landet.

### **Brist på vårdplatser är en patientsäkerhetsrisk**

Sjukhuset fick 2022 kritik av IVO för brister i tillgång till vårdplatser.<sup>7</sup> Vårdplatsbrist kvarstår under 2023 och sjukhuset redovisar hög beläggningsgrad. Fler tillgängliga vårdplatser fanns i november men sjukhuset anger att det är stor variation i tillgången. Verksamheten redovisar ett antal pågående åtgärder för att åtgärda vårdplatsbristen. Förste chefläkare tillsammans med två områdeschefer har under året fört dialog med kommunerna för att sprida kunskap om vad det innebär om patienterna blir kvar på sjukhusen utifrån exempelvis patientsäkerhetsrisker. I årsredovisningen anger styrelsen att antalet utskrivningsklara vård dagar motsvarar cirka 45 vårdplatser.

### **Notering plan för intern kontroll**

Syftet med vårdgarantin är att korta väntetider då alltför långa väntetider till vård och behandling är en patientsäkerhetsrisk. Revisionen menar att styrningen mot ökad patientsäkerhet bör genomsyra all kommunikation inom såväl interna styrdokument som i daglig verksamhet. Revisionen noterar att i styrelsens plan för intern kontroll angavs att vårdgarantin inte har något med patientsäkerhet att göra.

Revisionen bedömer att styrelsen haft en ändamålsenlig organisation för patientsäkerhetsarbetet. Vi bedömer att arbetet med analyser av avvikelser kan stärkas, då vi delar verksamhetens uppfattning att det är väsentligt för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Revisionen bedömer vidare att bristen på vårdplatser är en allvarlig patientsäkerhetsrisk. Revisionen noterar att verksamheten stärkt arbetet genom utökad dialog men bedömer att det interna arbetet och samverkan med andra vårdgivare kan stärkas.

---

<sup>7</sup> Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen, januari 2023 (IVOs granskning är ännu inte avslutad).

## Rekommendationer

I samband med 2022 års granskning av styrelsens patientsäkerhetsarbete rekommenderade revisionen styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att stärka sitt patientsäkerhetsarbete. Med anledning av årets granskning förtydligar revisionen detta genom att rekommendera styrelsen att

- stärka arbetet med analyser av avvikelser
- stärka arbetet med att öka antalet vårdplatser inom de områden där behov finns.

## Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen varit tillräcklig inom de granskade områdena.

Revisionen rekommenderar Sahlgrenska Universitetssjukhusets förvaltning att

- tillse att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder.

*Kommentar från förvaltningen:* Systemspärr är utvecklad i Raindance och implementerad den 1 februari 2024.

- ta fram en riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

I slutet av 2023 skickade revisionen en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehöll revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

## Granskning av delårsbokslutet

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

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

## **Granskning av årsbokslutet**

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2023 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

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

# Bilaga 1

## Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I tabellen nedan finns de rekommendationer revisionen lämnar till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

### Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av styrelsens uppdrag	Revisionen rekommenderar styrelsen att tydliggöra relationen mellan regionfullmäktiges prioriterade mål och styrelsens egna mål och strategier, samt följa regionstyrelsens instruktioner för rapportering i delårsrapporter och årsredovisning (2023).
Granskning av styrelsens uppdrag	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa effektiva arbetssätt för att korta väntetiderna samt skapa förutsättningar att upprätthålla god tillgänglighet till vård (2023).
Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att det blir genomförbara i verksamheten och att effekterna bli möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod (2022).
Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi (2022).

<b>Område</b>	<b>Rekommendation</b>
Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet (2022).
Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus (2022).
Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).
Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerade åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir (2022).
Granskning av samordnade insatser för barn och unga	Revisionen rekommenderar styrelsen 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 (2023).
Granskning av samordnade insatser för barn och unga	Revisionen rekommenderar styrelsen 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 (2023).
Granskning av samordnade insatser för barn och unga	Revisionen rekommenderar styrelsen 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 (2023).
Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprojekt (2023).

Område	Rekommendation
Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen (2023).
Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv (2023).
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion (2023).
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus	Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion (2023).
Granskning av offentlighet och sekretess	Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att samtliga dokument som krävs för att säkerställa styrelsens arkivansvar upprättas och fastställs snarast (2023).
Granskning av patientsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka arbetet med analyser av avvikelser (2023).
Granskning av patientsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka arbetet med att öka antalet vårdplatser inom de områdena där behov finns (2023).
Uppföljning av granskning avseende löneprocessen	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka den interna kontrollen vad gäller anställningsavtal (2022).
Uppföljning av granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga	Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021).

## **Bilaga 2**

# **Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer**

När revisionens granskningar resulterar i rekommendationer följer vi i regel upp dessa nästkommande år. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört under 2023.

## **Uppföljning av måluppfyllelse verksamhet**

Revisionen granskar årligen styrelsen för Sahlgrenska Universitets-sjukhusets målstyrning kopplat till verksamheten. Granskningen under 2021 och 2022 resulterade i att revisionen rekommenderade styrelsen att

- utveckla redovisningen av måluppfyllelse i enlighet med regional anvisning
- mer aktivt styra för att nå regionfullmäktiges mål.

Vi har i år följt upp rekommendationerna inom ramen för den grundläggande granskningen (se sidan 7).

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna.

## **Uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov**

Revisionen granskade 2022 tillgänglighet till vård och behandling utifrån hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov, och rekommenderade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

- stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti

Vi har i år följt upp rekommendationen genom frågor till verksamheten samt tagit del av styrelsens svar på granskningen (se sidan 9).

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

## **Uppföljning av tillgänglighet**

Revisionen granskade 2020–2021 styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets tillgänglighetsarbete, och rekommenderade styrelsen att

- fortsatt vidta åtgärder för att öka tillgänglighet till vård och behandling

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och frågor till verksamheten (se sidan 9).

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

## Uppföljning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade 2022 om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbete för en verksamhet och ekonomi i balans var ändamålsenligt och effektivt, och rekommenderade styrelsen att

- fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod
- utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi
- säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet
- utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus
- utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen
- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Vi har i år följt upp rekommendationerna inom ramen för den grundläggande granskningen (se sidan 12).

Revisionen bedömer att styrelsen inte har tagit hand om rekommendationerna.

## Uppföljning av åtgärder kostnadskontroll och ekonomi

Revisionen granskade 2021 styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbete för ekonomi i balans, och rekommenderade styrelsen att

- fortsatt arbeta med åtgärdsprogram för kostnadskontroll och ekonomi i balans

Vi har i år följt upp rekommendationen i grundläggande granskning (se sidan 12).

Revisionen bedömer att styrelsen inte har tagit hand om rekommendationen.

## Uppföljning av återbesök i specialiserad vård

Revisionen granskade 2022 vård och uppföljning i form av återbesök till specialiserad vård, och rekommenderade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

- säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov
- planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom styrelsens svar och dokumentgranskning. Vi har noterat att styrelsen vidtagit åtgärder för att följa måluppfyllelsen för återbesök eller efterföljande besök. Ett arbete inriktat mot väntelistor för efterföljande besök har även införts för korrekt rapportering till Sveriges Kommuner och Regioner.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

## Uppföljning av löneprocessen

Revisionen granskade 2022 löneprocessen inom Västra Götalandsregionen, och rekommenderade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

- stärka den interna kontrollen vad gäller anställningsavtal.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom skriftliga frågor till HR-strategiska avdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt tagit del av styrelsens svar på granskningen.

Rekommendationen grundade sig i att revisionen i samband med stickprovskontroll upptäckte avvikelser. För Sahlgrenska Universitetssjukhusets del saknade ett av tjugo kontrollerade avtal underskrift av anställd och nio av anställningsavtalen var påskrivna av anställd efter anställningens startdatum, vilket innebär att lön skulle kunna betalas ut även om en anställning inte påbörjas.

Beaktat styrelsens personalansvar enligt reglementet och då avtalet är av väsentlig betydelse för medarbetarens anställningsförhållande, bedömde revisionen att styrelsen behöver se till att avtalen hanteras på ett korrekt sätt. Granskningen visade även vissa avvikelser då skriftliga underlag i en del fall saknats när avsteg gjorts för anställda.

Enligt styrelsens svar har Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillsammans med Löneservice förtydligat den rutin som finns om hur avsteg kan göras från gällande anställningsavtal, samt tydliggjort vilka som har mandat att besluta om avsteg. När avsteg görs från gällande rutiner genom anmälan till Löneservice så ska en skriftlig begäran göras som sparas hos Löneservice, exempelvis vid utbetalande av övertidsersättning för de som har bortskrivna rätt till denna ersättning. Sådan anmälan kan göras av HR-direktör, områdeschef och områdenas HR-chefer.

Vi har däremot inte i granskningen fått svar på hur arbetet med att se till att anställningsavtal skrivs under innan en anställning påbörjats har fortlöpt under året.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

## **Uppföljning av organisatorisk och social arbetsmiljö**

Revisionen granskade 2022 styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbetsmiljöarbete, och rekommenderade styrelsen att

- utveckla den systematiska uppföljningen av arbetsmiljöarbetet.

Vi har i år följt upp rekommendationen i granskningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (se sidan 27).

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

## **Uppföljning av granskning avseende personsäkerhet**

Revisionen granskade 2022 styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets personsäkerhetsarbete, och rekommenderade styrelsen att

- säkerställa att arbetet med personsäkerhet, hot och våld följer gällande regelverk.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och frågor till verksamheten.

Arbetet med personsäkerhet, hot och våld har stärkts genom revidering av rutiner och tydliggörande av ansvar samt beslut om uppföljning i utvecklingssamtal och chefsutbildningar. Förvaltningen har också efterfrågat regionalt krav på utbildning för att höja kunskapsnivån bland medarbetare.

Revisionen har inte kunnat finna sammanställd uppföljning av följsamhet till regelverket eller sammanställd rapportering till styrelsen men sammantaget följer personsäkerhetsarbetet regelverket.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

## Uppföljning av patientsäkerhet

Revisionen granskade 2022 styrelsen för Sahlgrenska Universitets- sjukhusets patientsäkerhetsarbete, och rekommenderade styrelsen att

- stärka sitt patientsäkerhetsarbete.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och frågor till verksamheten (se sidan 30).

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

## Uppföljning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskar årligen styrelsen för Sahlgrenska Universitets- sjukhusets arbete med intern kontroll i redovisningsrutiner. Granskningen 2022 resulterade i att revisionen rekommenderade

- ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder infogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen
- att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det inte är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementera en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorder, exempelvis via stickprovs- kontroll, så att godkännande och attest inte sker av samma person

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att ta del av revisionsbyrån Deloitte:s rapportering (se sidan 32).

## Uppföljning av granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga

Revisionen granskade 2021 tillgängligheten till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa, och rekommenderade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

- i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen

Vi har i år följt upp rekommendationen i grundläggande granskning av styrning mot ökad tillgänglighet till vård (se sidan 9).

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen.

## Det kommunala ansvarssystemet

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

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

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

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

En viktig del 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 verksamheterna.

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

## Om revisionen

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

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

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

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

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

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

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: [www.skr.se](http://www.skr.se).

## Regionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, kultur 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.

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 regionens sjukhus, 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 i Västra Götaland samt med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

Diarienummer: REV 2023-00038

### **Revisionsberättelse 2023 för styrelsen för Sjukhusen i väster**

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2023.

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

Vårt ansvar är att granska verksamheten, den interna kontrollen och räkenskaperna samt att pröva om verksamheten bedrivs enligt regionfullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisionen. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning.

Vi bedömer att verksamheten har bedrivits på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer dock att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen inte fullt ut varit tillräcklig.

Mot bakgrund av de betydande brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en *erinran*.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande målpåfyllelse gällande ekonomi –

Granskningen visar att det finns brister avseende att uppnå ekonomi i balans. Avvikelsen är - 421 MSEK mot budget och en avvikelse om 13,1 % i förhållande till omsättning. Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut skött ekonomin på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

- Brister i styrning och intern kontroll gällande ekonomi –

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har fattat tillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder för en ekonomi i balans, varken ställt mot den löpande resultatutvecklingen under verksamhetsåret eller för att möta upp den ekonomiska utmaningen 2024.

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

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

Årets granskning redovisas i den revisionsrapport som bifogas. Vi vill att styrelsen beaktar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vänersborg den 20 mars 2024

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport  
2024-03-20

# **Styrelsen för Sjukhusen i väster**

**– granskning av verksamhetsåret 2023**

Datum: 2024-03-20

Revisionsrapport: Styrelsen för Sjukhusen i väster – granskning av verksamhetsåret 2023  
Diarienummer: REV 2023-00038

Granskningarna har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsenheten i Västra  
Götalandsregionen, revisionsbyrån Deloitte och revisionsbyrån KMPG.

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

# Innehåll

Läsanvisning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	4
Rekommendationer.....	5
Granskning av styrelsens uppdrag .....	7
Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.....	20
Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll .....	34
Fördjupade granskningar .....	36
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering ... ..	36
Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården.....	39
Granskning av styrmiljö och styrdokument.....	42
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner .....	44
Granskning av delårsbokslutet.....	45
Granskning av årsbokslutet.....	46
Uppföljning av rekommendationer .....	47
Det kommunala ansvarssystemet.....	49
Om revisionen .....	50
Regionen i korthet .....	51

## Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisar vi den granskning som revisionen har genomfört under 2023 avseende styrelsen.

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

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

Rapporten är indelad i tre delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2023.

\*

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

Sedan kommer vi till *den andra delen*: resultatet. Där går vi igenom de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna i de granskningarna vi har genomfört. Vi redogör även för den uppföljning av rekommendationer som vi har gjort under 2023.

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

## Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

Vi bedömer att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

Vi bedömer att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Grunden för detta redogörs för under avsnittet ekonomi.

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

## Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I tabellen nedan framgår de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

**Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer som den grundläggande granskningen gett upphov till**

Område	Rekommendation
Ekonomistyrning	Revisionen rekommenderar att styrelsen senast i januaribokslutet 2024 avger en realistisk prognos för helåret och att prognosbedömningar i enlighet med beslut av styrelsen i november 2023 därefter uppdateras varje månad. Dessa ska utgöra underlag för styrelsens tidiga analys och eventuella kompletterande beslut för att uppnå en ekonomi i balans 2024.
Ekonomistyrning	Revisionen rekommenderar att det i beslutad konsoliderad åtgärdsplan för 2024 tydligt framgår i vilken utsträckning effekthemtagningen i respektive åtgärd påverkas av beteende, åtgärder och beslut av andra nämnder och styrelser inom Västra Götalandsregionen samt kommuner och andra intressenter.  Vi rekommenderar att styrelsen därefter löpande prövar realismen i bedömd effekthemtagning i beslutade åtgärder. Denna prövning ska omfatta såväl rådighet i förutsättningar för effekthemtagning som effektiviteten i förvaltningsledningens styrning.
Patientsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att säkerställa att händelseanalyser initieras i de fall där sådana krävs och att de genomförs inom tre månader i enlighet med lagkrav.
Verksamhet	Vi rekommenderar att styrelsen för Sjukhusen i väster på ett tydligt sätt återrapporterar till koncernkontoret verksamhetens erfarenheter, resultat och utmaningar så här långt i de regionala initiativen En väg in och Regional utredningsenhet.

**Tabell 2: Sammanställning av rekommendationer som de fördjupade granskningarna gett upphov till**

Område	Rekommendation
Bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion 2023.</p> <p>Styrelsen rekommenderas även att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion 2023.</p>

**Tabell 3: Sammanställning av rekommendationer som granskningen av redovisningsrutiner, delårsbokslut och årsbokslut gett upphov till**

Område	Rekommendation
Räkenskapsrevision Granskning av årsbokslut.	<p>För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar revisionen att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sina egna bokföringsordrar. Från och med 1 januari 2024 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet för 2023.</p> <p>Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen 2023.</p>

## Granskning av styrelsens uppdrag

Revisionen granskar varje år om styrelsen har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Med ändamålsenligt sätt menas om styrelsen har

- genomfört uppdraget utifrån det reglemente som gäller för styrelsen samt de lagar som styr styrelsens uppdrag
- styrt verksamheten utifrån regionfullmäktiges prioriterade mål
- agerat vid bristande måluppfyllelse
- sett till att processer av olika slag finns för planering, genomförande, organisering, uppföljning och förbättring.

Arbetsmetodiken för den grundläggande granskningen av styrelsen för Sjukhusen i väster 2023 har varit följande:

- Granskning av styrelseprotokoll samt protokoll från verksamhetsledning, i vilken bedömning av beslut och underlag till dessa görs löpande under året.
- Löpande möten med förvaltningsledning med fokus på verksamhet, ekonomi, HR-frågor och styrning mot regionfullmäktiges mål och fokusområden främst utifrån delårsrapporter och årsredovisning.
- Fördjupade granskningsinsatser inom ramen för grundläggande granskning.
- Fördjupade intervjuer inom områden där revisionen vill öka sin förståelse av verksamheten, eller skapa underlag för dialogmöten med revisorskollegiet.
- Revisorskollegiets dialogmöten med styrelsens presidium i maj och oktober 2023 med fokus på styrelsens hantering av identifierade revisionsrisker och eventuella frågor som aktualiserats under året.

## Resultat

Nedan redogör vi för viktigare iakttagelser och bedömningar inom områden där granskningen fördjupats under 2023.

### Målstyrning

Styrelsen för Sjukhusen i väster har i budget 2023 och i sin rapportering valt ut ett antal av regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden. Dessa har brutits ner inom förvaltningens verksamhetsplanering och även kopplats till förvaltningens arbete med åtgärder för en ekonomi i balans. I delårsrapport för augusti gjordes ingen prognos för måluppfyllelse för

helåret, vilket ska göras enligt riktlinje. Styrelsen fattade i samband med delårsbokslut inga beslut om kompletterande åtgärder avseende måluppfyllelse. I årsredovisningen redovisas måluppfyllelse och aktiviteter per mål och där så är relevant redovisas i separat bilaga även indikatorerna.

Revisionen har särskilt följt utvecklingen för ett antal mål och fokusområden:

#### Tabell 4: Prioriterade mål och fokusområden

Vid ej färgmarkerade mål saknas bedömd status/färg i årsredovisning

Regionfullmäktige prioriterade mål respektive fokusområden	ÅR	Revisionens iakttagelser
Prioriterat mål: Den medicinska kvaliteten ska öka och organisatoriska effektiviteten förbättras.		Det har under året genomförts ett antal arbeten inom målområdet avseende förbättringsarbete och patientsäkerhet. I årsredovisning anges att 6 indikatorer är gröna och målen har uppnåtts och 10 indikatorer är röda där målen inte uppnåtts. I delårsrapport för april bedöms målet som grönt och är eller kommer uppnås. I delårsrapport för augusti och på dialogmöte oktober är målet gult och delvis uppnått.
Fokusområde: Öka antalet tillgängliga vårdplatser för att minska problemet med överbeläggningar.		I årsredovisningen anges att vårdplatssituationen varit ansträngd och arbete samt analys skett för förbättrad genomloppstid inom akut- och slutenvården.  Det har tagits beslut om en minskning av antal vårdplatser på Kungälvssjukhus under året. Se nedan avsnitt om ekonomi.
Fokusområde: Delar av den planerade vården på akutsjukhusen ska flyttas ut till närsjukhus eller andra specialistmottagningar.		I årsredovisningen anges de båda indikatorerna som gröna med uppnått mål. Aktiviteter handlar om konsolidering och optimering av kapacitet, rätt vård på rätt sjukhus med utbudspunkter och uppdrag som bör avslutas. Dessutom utskiftning till Kungälvssjukhus och Högsbo närsjukhus.
Prioriterat mål: Invånarnas tillgång till den vård de behöver		I årsredovisningen bedöms statusen på indikatorerna enligt 6 röda, 1 grön och 1 gul indikator. Med detta konstaterar

ska öka.	<p>revisionen att måluppfyllelsen snarare borde ha bedömts som röd ej uppnått än gul i årsredovisningen. Vid beaktande av underliggande fokusområden kan möjligen nuvarande bedömning gul motiveras.</p> <p>Vi noterar dels relativt låg måluppfyllelse avseende tid till läkare och för ledtid till akutmottagning på Alingsås lasarett respektive Kungälv's sjukhus. Arbetet är initierat för att ha rätt kompetens med läkare på akuten.</p> <p>I delårsrapport för april och dialogmöte oktober 2023 bedöms som gult, där målen är eller delvis kommer att uppnås.</p>
Fokusområde: Stärka tillgängligheten och korta väntetiderna för både första besök och behandling.	<p>I årsredovisning uppges 9 indikatorer vara röda ej uppnått mål, 4 gula och 15 gröna.</p> <p>Vidare anges att målet för standardiserade vårdförlopp för cancer lever upp till ledtid i 60 %.</p> <p>Vårdgaranti somatisk vård inom 90 dagar till första besök 72 % och till behandling ligger på 77 % för måluppfyllelse, motsvarande värden 2022 är 81 % till första besök och 76 % till behandling.</p> <p>Barn- och ungdomspsykiatri ligger i årsredovisningen på 8 % tillgänglighet för behandling och 15 % till fördjupad utredning inom 30 dagar samt 57 % till första besök.</p> <p>Revisionen noterar att måluppfyllelsen när det gäller tillgänglighet och vårdgarantin i princip ligger kvar på snarlik nivå som föregående år men varierar stort mellan olika områden och åtgärder. Styrelsen uppger ändå i årsredovisningen att de har förhållandevis god tillgänglighet på flertalet områden i jämförelse med andra sjukhus i Västra Götalandsregionen.</p>
Fokusområde: Öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn och ungdomar med psykisk ohälsa	<p>Barn- och ungdomspsykiatri utfall till första besök &lt;30 dagar uppnås i december till 57 % 2023 och 2022 till 88%. För behandling i barn- och ungdomspsykiatri uppnås vårdgarantin &lt;30 dagar i 8 % av fallen 2023 och 2022</p>

		<p>10 %. För fördjupad utredning i barn- och ungdomspsykiatri 15 % 2023 och 2022 19 %.</p> <p>Enligt årsredovisningen pågår ett arbete med omorganisering inom barn- och ungdomspsykiatri för en ökad tillgänglighet.</p> <p>Se även fördjupad granskning nedan.</p> <p>I delårsrapport redovisas låg tillgänglighet till utredning och behandling. Verksamheten har avropat externa utredningar.</p> <p>I delårsrapport för april uppges att första besök har god tillgänglighet medan utredning och behandling har lägre tillgänglighet.</p>
<p>Fokusområde: Invånarnas tillgång till digitala vårdformer ska öka, liksom verksamhetens användning av digitala lösningar.</p>		<p>I årsredovisningen anges att tre indikatorer är röda med ej uppnådda mål och en grön med uppnådda mål, den senare avser ökad användning av taligenkänning.</p> <p>Vi noterar att målet om användning av digitala vårdmöten fortsatt ligger långt under önskat målvärde 15 %. Värdet för användning av digitala vårdmöten ligger under året och varierar mellan 2,4–4,5 % 2023 och 2022: 4 %.</p> <p>Egenmonitorering är fortsatt ännu inte i drift.</p> <p>Delårsrapport för april är varierande resultat inom olika områden och åtgärder.</p>
<p>Prioriterat mål: Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård.</p>		<p>I årsredovisningen beskrivs att Sjukhusen i väster erbjuder primärvården konsultationsstöd telefonledes inom somatisk vård. Även utbildningsträffar genomförs.</p> <p>På dialogmöte i oktober 2023 anges att målet delvis kommer uppnås.</p>
<p>Fokusområde: Minskat behov av slutenvård på sjukhusen genom</p>		<p>I årsredovisning anges en grön indikator avseende andel inläggningar som har minskat jämfört med föregående år på Kungälv's sjukhus. Övriga tre indikatorer är gula, delvis uppnått mål.</p>

tillskapande av fler mobila och nära vårdformer.		Mobila palliativa team, närsjukvårdsteam och akutläkarbil anges i årsredovisningen som möjliggörare för målet och minskat behov av slutenvård. Vi noterar fortsatt utmaningar i etablering av närsjukvårdsteam i samverkan med Kungälv kommun.
Fokusområde: Fortsatt utveckling av första linjens sjukvård för psykisk ohälsa.		Inga indikatorer redovisas i årsredovisningen. Det omnämns aktiviteter kring samverkan mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri samt med kommunal verksamhet. Det har även genomförts utbildning- och remisshanteringsinsatser.

Styrelsen har valt ut ett antal prioriterade mål och fokusområden inom miljö, medarbetare och kompetensutveckling, för mer information om måluppfyllelse av dessa mål hänvisas till styrelsens årsredovisning.

En genomgående iakttagelse är de utmaningar vi ser inom akut- och slutenvårdens kapacitet och tillgänglighet vilket synliggörs i överbeläggningar enligt årsredovisningen har Kungälv sjukhus per december 111 procent i beläggningsgrad och måluppfyllelse för exempelvis ledtider på akutmottagning och tid till läkare. Vi noterar även den skillnad mellan styrelsens målsättning och utfallet för användning av digitala tjänster som digitala vårdmöten och egenmonitorering som noterats ovan i tabellen. Vi har i styrelsens protokoll inte kunnat se några beslut som kan förbättra det senare målet. När det gäller akut- och slutenvårdens kapacitet har däremot flera beslut fattats under året.

### Bedömning

Vi bedömer att styrelsen inte når sina mål för verksamheten under 2023. Vi noterar dock samtidigt att måluppfyllelsen väsentligen ligger på samma nivåer som tidigare år trots det ansträngda ekonomiska läget och svårigheter att upprätthålla önskad kompetensförsörjning.

Vi noterar att redovisningen i delårsrapporter delvis saknar prognos och tänkta åtgärder för en ökad måluppfyllelse under året, vilket ska redovisas enligt riktlinje.

Sjukhusen i väster har flera pågående initiativ för att förbättra måluppfyllelse inom både barn och ungdomspsykiatri och slutenvården. Vi bedömer att styrelsen generellt sett förefaller arbeta med relevanta åtgärder under 2023 och att åtgärder i budget för 2024 bedöms vara

relevanta för att möjliggöra en ökad måluppfyllelse kommande år. Sammanfattningsvis uppmanar vi ändå styrelsen att stärka arbetet under 2024 för ökad måluppfyllelse. Vi lämnar dock inte någon rekommendation för målstyrningen.

### **Barn och ungas psykiska hälsa**

Under året har vi granskat utvecklingen inom barn- och ungdomspsykiatri och tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Vi har även särskilt granskat hur barn- och ungdomspsykiatri har påverkats av de regionala initiativen "En väg in" (etablerades mars 2022) respektive "Regional utredningsenhet" (uppstartad mars 2023). Granskningen har skett genom dokumentanalys av handlingar och protokoll samt genom en enkät ställd till verksamheten.

### **Iakttagelser**

I delårsrapport för augusti redovisas målet att öka tillgängligheten och korta väntetiderna för barn och ungdomar med psykisk ohälsa enligt följande:

- Måluppfyllelse till förstabesök barn- och ungdomspsykiatri <30 dagar per augusti: 49 procent
- Tillgänglighet fördjupad utredning <30 dagar: 14 procent
- Tillgänglighet behandling <30 dagar: 10 procent.

I delårsrapport för augusti anges att tillgängligheten till första besök är god och antal nybesök dimensioneras utifrån antal accepterade remisser via En väg in. Gällande utredning nås målet med hjälp av upphandlade aktörer. Verksamheten har köpt utredningar och vård genom regionens produktions- och kapacitetssatsning vilket har förbättrat tillgängligheten något. För behandlingar uppges i delårsrapporten att målet överträffas men då beställningen anses vara för lågt satt blir även tillgängligheten låg. Detta beskrivs i svaret på enkäten som att det finns en obalans mellan uppdrag, beställning, kapacitet, efterfrågan och behov av barn- och ungdomspsykiatriska insatser.

I delårsrapporteringen anges vidare att verksamheten har fortsatt att utveckla första linjens sjukvård för psykisk ohälsa genom bland annat samverkan mellan primärvården och barn- och ungdomspsykiatri. Fokus har varit på korrekt remisshantering och gemensamma utbildningsinsatser.

I årsredovisningen redovisas målen om psykisk hälsa för barn och unga och målen är relativt oförändrade jämfört med delårsrapport per augusti. Tillgänglighet inom 30 dagar per december 2023:

- Första besök barn- och ungdomspsykiatri: 57 procent 2023 och 88 procent 2022
- Behandling barn- och ungdomspsykiatri: 8 procent 2023 och 10 procent 2022
- Fördjupad utredning barn- och ungdomspsykiatri: 15 procent 2023 och 19 procent 2022.

Enligt årsredovisningen pågår initiativ för att omorganisera arbetet inom barn- och ungdomspsykiatri med syfte att förbättra tillgängligheten. Vi noterar i årsredovisningen även att Sjukhusen i väster uppnår sitt uppdrag för produktion inom barn- och ungdomspsykiatri avseende förstabesök och behandling. Uppdraget för fördjupade utredningar når inte riktigt upp till volymen om 280 utredningar utan hamnar på minus 29 utredningar.

I enkäten till verksamheten har det framkommit att inflödet av patienter inte nämnvärt påverkats av En väg in och det har inte setts några större skillnader i vilka patienter som tas emot. Andel accepterade remisser uppges dock ha ökat något.

En farhåga som lyfts av verksamheten i enkäten är att den lokala samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunala verksamheter riskerar att försämrans då En väg in blir remissmottagande verksamhet.

Verksamheten uppger att En väg in och Regional utredningsenhet inte har påverkat tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri i positiv riktning i nuläget. En anledning som anges är att administration och kontakter med En väg in tar lika stor resurs i anspråk som tidigare remissmottagning och remissbedömning. Det finns enligt enkätsvaret från Sjukhusen i väster en farhåga om att Regional utredningsenhet kan komma att påverka tillgängligheten på barn- och ungdomspsykiatri i negativ riktning då centrala medel för externt finansierade utredningar produktions och kapacitetsinsatser (PK) kan komma att försvinna. Det framkommer även att det på grund av ekonomiskt läge i förvaltningen sker neddragningar av medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri vilket verksamheten hanterar genom att flytta resurser från vuxenpsykiatri eller genom nya arbetssätt, exempelvis samutnyttjande av kompetenser. Detta för att motverka försämring i tillgängligheten.

### **Bedömning**

Vi noterar att Sjukhusen i väster har en bättre tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri jämfört med andra förvaltningar och verksamheter i Västra Götalandsregionen. Vi bedömer dock att måluppfyllelsen för tillgänglighet till framför allt fördjupad utredning och behandling uppvisar stora utmaningar. Detta är inget unikt för Sjukhusen i väster. Revisionen

har även uppmärksammat att produktionen 2023 inom barn- och ungdomspsykiatri överstiger givet uppdrag och att förvaltningen därmed har levererat enligt detta. Vi bedömer trots det att styrelsen fortsatt behöver arbeta för en förbättrad tillgänglighet när det gäller vårdgaranti och tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri. Samt att det finns ett behov av att motverka försämrade samverkan med kommun och primärvård kring omhändertagandet av barn och unga med hänsyn till den förändrade remisshanteringen som en följd av En väg in.

### Rekommendation

Vi rekommenderar att styrelsen för Sjukhusen i väster på ett tydligt sätt åiterrapporterar till koncernkontoret verksamhetens erfarenheter, resultat och utmaningar så här långt i de regionala initiativen En väg in och Regional utredningsenhet.

### Patientsäkerhet

Utöver att följa utvecklingen i valda indikatorer har vi följt arbete och resultat i de fyra huvudfokusmålen för 2023 som identifierades i Sjukhusen i västers patientsäkerhetsberättelse för 2022.

**Tabell 5: Sjukhusen i västers huvudfokusmål patientsäkerhet**

Huvudfokusmål	Iakttagelser
Öka andelen mätbara vårdtillfällen för andel trycksår uppkomna under vårdtid på vårdavdelningar i somatisk vård.	Sjukhusen i väster arbetar systematiskt med att öka andelen mätbara vårdtillfällen. Vid slutet av året sker detta i ca 50 % av vårdtillfällena och målnivån är mellan 60–70 %.
Minska antalet vårdrelaterade infektioner.	Sjukhusen i västers värden ligger de senaste 12 månaderna mellan 5,3–5,9 % att jämföra med det regionala målvärdet 4,5 %. Det innebär att fokusmålet kvarstår under 2024.
Korta handläggningstider för händelseanalyser.	I Patientsäkerhetsberättelse för 2023 lyfts följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) föreskriver att utredningstiden bör vara maximalt tre månader.</li> <li>Under 2022 kortades utredningstiderna från 10 till 6 månader. Tyvärr har utredningstiderna under 2023 åter ökat till 10 månader.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under 2023 har: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 10 händelseanalyser initierats</li> <li>○ Av dessa är fyra slutförda och tre är i slutfas, resterande tre är påbörjade</li> <li>○ Totalt är 10 händelseanalyser slutförda under 2023, varav några påbörjades 2022.</li> </ul> </li> <li>• Rimlig nivå utifrån förvaltningens storlek och i ett nationellt perspektiv bör förvaltningen initiera minst 20–25 händelseanalyser per år.</li> </ul>
Öka antalet riskbedömningar för trycksår, undernäring och fall.	Här har Sjukhusen i väster väsentligen uppfyllt målsättningarna.

**Tabell 6: Resultatet avseende utvalda viktigare indikatorer på patientsäkerhet för 2023 är:**

Indikator	2023	2022
Medicinska indikatorer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vårdrelaterade infektioner</li> <li>• Trycksår</li> <li>• Fall</li> <li>• Antibiotikaresistens – andel resistensdrivande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5,3 % (&lt;4,5 %)</li> <li>• 1,8 % (&lt;2 %)</li> <li>• 1,4 % (&lt;0,5 %)</li> <li>• Marginell minskning (Minska mot föregående år)</li> </ul>	5,5 % 1,8 % 1 % Ökat
Beläggingsgrad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kungälv's sjukhus 111 %</li> <li>• Alingsås lasarett 94 %</li> </ul>	100 % 100 %
Tillgänglighet somatisk vård <ul style="list-style-type: none"> <li>• Första besök</li> <li>• Behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72 %</li> <li>• 77 %</li> </ul>	81 % 76 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medelvårdtid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kungälv's sjukhus 6,1 dygn</li> <li>• Alingsås lasarett 4,6 dygn</li> </ul>	5,8 4,6

### **Bedömning**

Revisionens granskning av patientsäkerhet visar att styrelsen för Sjukhusen i väster i allt väsentligt hanterat riktlinjer för patientsäkerhet på ett ändamålsenligt sätt i såväl omfattning, styrning och uppföljning.

Det kan dock konstateras att arbetet med att korta handläggningstiderna för händelseanalyser inte ges tillräckligt fokus av vissa verksamhetsledningarna och att det finns en risk att inte tillräckligt många händelseanalyser initieras. Eftersom ingen reell förbättring åstadkommit sedan 2021, bör styrelsen för Sjukhusen i väster stärka styrningen inom området.

### **Rekommendation**

Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att säkerställa att händelseanalyser initieras i de fall där sådana krävs och att de genomförs inom tre månader i enlighet med lagkrav.

### **Högsbo närsjukhus**

Revisionen har under året fortsatt att följa etablering och driftsättningen av Högsbo Närsjukhus. Styrelsen för Sjukhusen i väster har haft detta som en stående punkt på agendan på styrelsens sammanträden. Styrelsen har vid behov agerat vilket har skett upprepade tillfällen genom att tillskriva ägaren och operativ hälso- och sjukvårdsnämnden (senast den 24 november) i presidiedialoger bland annat lyfta frågan om att de ekonomiska förutsättningarna inte har varit utredda. I november fattade regionstyrelsen beslut om ägarstöd för uppstartskostnader för 2023 och 2024 som ett svar på Sjukhusen i västers skrivelser. I samma beslut uppmanar även regionstyrelsen den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att ta fram en långsiktig plan för hur uppdraget till Sjukhusen i väster kan öka så att resursen nyttjas samt att behovet av ägarstöd kan upphöra. Frågan om bryggfinansiering är därmed omhändertagen, se vidare i ekonomiavsnittet nedan för ytterligare kring ekonomin. Högsbo närsjukhus driftsvolymer kan framöver komma att påverkas av strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens beslut i november om att avbryta projekteringen av Wieselgrensplatsens närsjukhus.

Projektet har i övrigt gått enligt plan och inom budget och första patienterna togs emot i det nybyggda sjukhuset i mitten av december 2023. Fortsatt flytt av verksamheter från Frölunda specialistsjukhus genomförs under första kvartalet 2024 och därefter startar även de verksamheter som drivs av Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Högsbo. Full kapacitet beräknas uppnås under 2025.

**Bedömning**

Vi bedömer att styrelsen i allt väsentligt har haft en ändamålsenlig styrning och uppföljning av etableringen av Högsbo närsjukhus.

**Utskiftning av vård till Kungälvssjukhus**

Den pågående utskiftningen av vård från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Kungälvssjukhus har följts även under 2023 av revisionen.

Utskiftningen är ännu inte helt genomförd och det som återstår är dels att ytterligare styra om remissflödet från vårdcentraler, dels att under mars starta det gående flödet till akutmottagningen efter ombyggnationen. På styrelsemötet den 31 augusti beslutade styrelsen om en minskning av det totala antalet slutenvårdsplatser på Kungälvssjukhus. Detta förutsätter ett utvecklingsarbete för att minska slutenvårdsbehovet och minska medelvårdtiden på Kungälvssjukhus, som ligger högre än på Alingsås lasarett och högre än Kungälvssjukhus medelvårdtid år 2019.

Styrelsens styrning har skett genom att ha frågan uppe som en stående punkt på dagordningen. Styrelsen har även i presidiedialoger med ägaren och beställaren lyft utmaningar med utskiftningen. Dessutom har styrelsen tillskrivit ägaren upprepade gånger angående den av styrelsen bedömda ännu ej utredda frågan kring ekonomisk reglering. Revisionen noterar dock att styrelsen i sin budget för 2024 har en post om en "fiktiv intäkt" om 40 miljoner kronor avseende en tänkt ekonomisk reglering för utskiftningen, se vidare nedan under avsnittet om ekonomistyrning.

**Bedömning**

Revisionen kan konstatera att styrelsen har styrt och följt arbetet med utskiftning av vård på ett i huvudsak ändamålsenligt sätt. Vi vill dock lyfta att det finns risker kopplat till utskiftning av vård till Kungälvssjukhus och den under 2023 genomförda minskningen av antalet slutenvårdsplatser. Särskilt i relation till när det gående flödet startar på akutmottagningen. Under 2024 kommer revisionen fortsatt att följa styrelsens arbete och hur utskiftningen genomförs avseende dessa aspekter.

**Sammanfattande bedömning av styrelsens uppdrag och verksamhetsstyrning 2023**

Utifrån iakttagelser avseende styrelsen för Sjukhusen i västers måluppfyllelse avseende verksamhet och verksamhetsstyrning, har revisionen att bedöma och ta ställning till två av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionsred.

I Tabell 6 respektive 7 nedan redogör revisionen för sina bedömningar gentemot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionen bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

**Tabell 7: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – verksamhet)**

Tänkbar brist	Revisionens bedömning
Styrelsen har inte uppnått regionfullmäktiges verksamhetsmål, uppdrag eller föreskrifter för verksamheten. Det handlar om väsentliga brister eller avvikelser.	Som redogörs för ovan uppfylls inte samtliga regionfullmäktiges mål. Uppfyllelse ligger generellt sett på samma nivå som för 2022 trots åtgärder som revisionen bedömer varit relevanta. Vi gör samma bedömning i år som för 2022, att brister i måluppfyllelsen inte betraktas som väsentliga ur ett ansvarsprövnings perspektiv.
Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel uppnå fastställda verksamhetsmål eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning. De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.	Revisionen bedömer att styrelsen har hållit sig tillräckligt informerad och i sin styrning väsentligen tagit hänsyn till verksamhetens måluppfyllelse ställt mot utmaningar avseende personalförsörjning och ekonomi, som redogörs för nedan under ekonomiavsnittet.

**Tabell 8: Grund för ansvarsprövning (Bristar i styrning av verksamhet)**

Tänkbar brist	Revisionens bedömning
---------------	-----------------------

Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån beslut, riktlinjer, rutiner med mera. De efterfrågar inte resultat och analys.	Detta har revisionen inget väsentligt att anmärka på.
Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till regionfullmäktige till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.	Detta har revisionen inget väsentligt att anmärka på.

Vi bedömer att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

Styrelsen behöver dock i ännu högre grad verka för att uppfylla verksamhetens mål och då med särskilt fokus på prioriterade patientgrupper. Styrelsen behöver även säkerställa arbetet med händelseanalyser i verksamheten.

## Rekommendationer

Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att säkerställa att händelseanalyser initieras i de fall där sådana krävs och att de genomförs inom tre månader i enlighet med lagkrav.

Vi rekommenderar att styrelsen för Sjukhusen i väster på ett tydligt sätt återrapporterar till koncernkontoret verksamhetens erfarenheter, resultat och utmaningar så här långt i de regionala initiativen En väg in och Regional utredningsenhet.

# Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin

Revisionen granskar varje år om styrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi. Med det menas om styrelsen har

- styrt verksamheten så att den bedrivs inom de ekonomiska ramarna
- en ekonomi i balans
- en heltäckande och kontinuerlig ekonomisk uppföljning
- vidtagit åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås
- ett eget kapital som motsvarar nivån som framgår av regionens regelverk.

För 2023 konstaterar revisionen följande som har bärighet på bedömningen av den ekonomiska måluppfyllelsen:

Västra Götalandsregionen har en ansträngd ekonomi som kräver åtgärder både på kort och på lång sikt. Inflationens effekt på verksamhetens kostnader, inklusive pensionskostnader och stigande räntekostnader bidrar till historiskt höga underskott.

Åtgärdsplaner från sjukhusens styrelser inom Västra Götalandsregionen har under flera år inte gett avsedd effekt, men det är viktigt att det som styrelserna har rådighet över verkställs. I flera av dessa frågor kan det behövas avstämning mellan flera parter, vilket bör ske med framförhållning. Revisionen har under granskningsåret följt hur styrkedjan i Västra Götalandsregionen mellan styrelser och nämnder har fungerat. Det gäller att ta kloka kortsiktiga beslut men även göra prioriteringar som anpassar verksamheten för en långsiktigt stabil ekonomi, verksamhet och personalförsörjning. Revisionen har i vår bedömning att ta hänsyn till de beslut som regionfullmäktige tagit under året, vilka beretts av regionstyrelsen.

Med detta konstaterar revisionen följande som har bärighet på bedömningen av den ekonomiska måluppfyllelsen på styrelsenivå:

- Ersättningsnivåer har inte fullt ut tagit höjd för faktisk inflationstakt och kostnader för pensionskostnader
- Att det i praktiken inte fattats några väsentligare beslut på övergripande Västra Götalandsregionens nivå under 2023, som har kunnat påverka styrelsens möjligheter att uppnå en ekonomi i balans för 2023.

I våra bedömningar nedan ställs dessa två konstateranden ovan mot iakttagelser och faktisk måluppfyllelse utifrån fastställd budget och beslut från regionfullmäktige och regionstyrelsen under året. Revisionen vill lyfta att hänsyn bör tas till de två punkterna ovan i den slutliga ansvarsprövningen för styrelsen.

## Resultat

### Iakttagelser

Nedan redogörs kortfattat för viktigare iakttagelser som gjorts inom ramen för den grundläggande granskningen 2023. I och med att det är styrelsens första verksamhetsår och att de därmed tagit över fattade beslut av tidigare styrelse avseende detaljbudget och åtgärdsplan, ligger fokus i iakttagelserna främst på hur styrelsen hanterat händelser och utmaningar från inledningen av 2023. Tidigare styrelses ansvar hanterades i och med ansvarsprövningen för 2022.

### Inför 2023 - Detaljbudget 2023 och åtgärdsplan

Det kan konstateras att den ekonomiska utmaningen inför 2023 uppskattas till 350 miljoner kronor i budget för 2023 och att den tidigare styrelsen beslutat om åtgärder om sammantaget 264,6 miljoner kronor enligt rapportering till den nya styrelsen i februari 2023.

**Tabell 9: Sjukhusen i västers ekonomiska utfall 2023**

Avvikelse budget + prognos	Februari	April	Augusti	Oktober	Utfall 2023
Resultat	-76	-157	-224	-309	-422
Budgetavvikelse	-65	-133	-260	-324	-422
Prognos	0	-250	-350	-350	-375
Månadstakt	-38,0	-39,3	-28,0	-30,9	-35,0

Den negativa resultatutvecklingen är jämn över året och inga av de beslut som fattats av styrelse och förvaltningsledningen förefaller ha gett någon mer väsentlig kortsiktig effekt som kunnat vända trenden. Utfall om -422 miljoner kronor och -203,6 miljoner kronor 2022 är 20 procent större än den bedömda ekonomiska utmaningen inför 2023 och representerar en avvikelse ställt mot omsättningen på 13,1 procent 2023 och 6,5 procent 2022. I resultatet ingår en avsättning för Frölunda specialistsjukhus hyra 2024 om 15 miljoner kronor, enligt instruktion från koncernkontoret som inte ingick i senaste prognos. Bruttokostnadsutvecklingen vid slutet av året är 8,3 procent med en positiv trend från juli då den låg på ca 10 procent.

Det kan konstateras att antalet nettoårsarbetare under hela året ligger över nivåerna för 2022 och tidigare år. Per december är antalet nettoårsarbetare

2 537 vilket är 17 färre än 2022 men 187 fler än måltalet för 2023. Revisionen konstaterar att Sjukhusen i väster under 2023 bokat upp intäkter för utskiftningen av vårdvolymer från Sahlgrenska Universitetssjukhuset för kapacitet som ännu inte utnyttjas, kapacitet som tillskapats utifrån regionstyrelsens beslut. Uppbokning av intäkter har inte godkänts av Koncernkontoret och vid årsbokslutet görs därmed en korrigering av resultatet med 28,1 miljoner kronor som ej tagits höjd för i lagd prognos.

## Beslutade åtgärdsplaner

**Tabell 10: Uppföljningstabell åtgärdsplan som definierats i budget 2023**

Åtgärder i budget 2023	Februari	April	Augusti	Oktober
Beslutade åtgärder	264,6	265,6	265,6	267,6
Prognos - effekt 2023	159,6	144,8	118,5	94,1
Uppnått	7,9	19,9	45,1	58,8
Månadstakt sedan sist	4,0	5,0	5,6	5,9

Effekthemtagningen har inte ökat väsentligt mot slutet av året, vilket förvaltningsledningen har hävdad att den ska göra. Detta är i princip samma iakttagelse som revisionen gjort tidigare år.

**Tabell 11: Beslutad kompletterande åtgärdsplan – definierad i juni och beslutad i augusti 2023**

Definierad åtgärd	Belopp mnkr
Akut och slutenvårdens optimering <ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassning av vårdplatser på Kungälvssjukhus med uppskattad besparing om 60,5 mnkr och om möjligt ytterligare effektiviseringseffekt om 41,3 mnkr genom utskiftning av vård.</li> </ul>	101,8
Konsolidera vård; <ul style="list-style-type: none"> <li>Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden godkänner 3 av 5 åtgärdsförslag i november 2023.</li> </ul>	3,8
Avveckla sjukhusbibliotek	0,8
Digitalisering	1,6
Administration och ledning	7
<b>Totalt</b>	<b>115</b>

I ursprungligt förslag lyfts kostnadsbesparingar om cirka 170 miljoner kronor. Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden avslår i november åtgärder inom; smärtverksamhet, hematologi och osteoporos. I årsredovisningen för 2023 summeras ekonomisk effekt av kompletterande åtgärder till 110 miljoner kronor.

I årsredovisningen för 2023 har de två åtgärdsplanerna konsoliderats. De totala åtgärderna värderas till cirka 377 miljoner kronor med en sammantagen effekthemtagning 2023 om 81,3 miljoner kronor. Åtgärderna utgör grunden för att hantera den ekonomiska utmaningen 2024 utifrån följande; behovet av åtgärder enligt detaljbudget 2023 om 350 miljoner kronor behöver genomföras med helårseffekt. Revisionen tolkar detta som att åtgärdsplanerna förväntas ge full helårseffekt 2024.

**Tabell 12: Styrelsens styrning – första halvåret 2023 – ett urval av beslut och händelser**

	Händelser och beslut
Feb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informerar sig om styrning och uppföljning av åtgärder.</li> </ul>
Mars	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möte med ägarutskottet, där presenterades bilder som visar tydligt den utmaning Sjukhusen i väster står inför vid det tillfället.</li> <li>• Beslutar om skrivelser till regionfullmäktige och regionstyrelsen om ekonomisk situation samt driftsekonomiska konsekvenser avseende Högsbo närsjukhus och Kungälv's sjukhus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Med dessa beslut får det anses att styrelsen möter upp mot revisionens rekommendationer 1 och 2 från 2022.</li> </ul> </li> <li>• Beslutar om åtgärder som ska bidra till att påskynda reducering av personalkostnader.</li> </ul>
April	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temadag avseende åtgärdsplan.</li> <li>• Noterar direktörens beslut avseende reducering av nyttjande av bemanningsföretag och övertid.</li> <li>• Uppdrag till sjukhusdirektören att till juni månads sammanträde presentera en åtgärdsplan inklusive konsekvensanalys.</li> </ul>
Maj	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förvaltningens inriktning i det fortsatta arbetet är att ta fram kompletterande åtgärder för 300 mnkr. Styrelsen ges en övergripande bild av pågående arbete avseende förslag till inriktning och omfattning.</li> </ul>
Juni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vid extra styrelsemöte 9 juni 2023 tydliggörs uppdragets omfång avseende kompletterande åtgärder för att inrymma differensen mellan tidigare fastställd åtgärdsplan och omställningsbehovet inför 2023. Styrelsen beslutade även att tillkommande omställningsbehov inför 2024, och där övergripande regionala analyser krävs, hanteras inom ramen för detaljbudgetarbetet 2024 med styrelsens strategidagar i augusti som del i processen. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Revisionen tolkar detta som en förväntan om åtgärder om minst <math>350 - 265 = 85</math> mnkr.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skjuter på beslut till augusti 2023 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Revisionen tolkning är att detta innebär en förskjutning av beslutet med cirka 2 månader.</li> </ul> </li> </ul>
--	--

Under det första halvåret kan det konstateras att styrelsen kunnat skapa sig en god bild av verksamhet och ekonomi och förutsättningarna dessa. Man har agerat på de första två rekommendationerna från 2022 och har förberett för ett beslut om åtgärder innan sommaren. Detta fullföljs inte utan beslut skjuts till efter sommaren trots god vetskap om den ekonomiska utvecklingen.

**Tabell 13: Styrelsens styrning – andra halvåret 2023 – ett urval av beslut och händelser**

	Händelser och beslut
Aug	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att genomföra kompletterande åtgärder där man har egen rådighet och tillskriver operativa hälso- och sjukvårdsnämnden där denna saknas.</li> <li>• I information om budget 2024 lyfts; statusen nu är att inför 2024 behöver ytterligare 100 mnkr identifieras i åtgärder. Överskott behöver generas och planeras för att kompensera underskott för 2021 och 2022. Inför 2025 behöver sannolikt åtgärder värda mellan 50–100 mnkr identifieras, samma gäller för 2026. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Revisionen tolkar detta som att vid denna tidpunkt är styrelsen informerad om den sannolika budgetutmaningen om 500 mnkr för 2024.</li> </ul> </li> </ul>
Sept	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjukhusdirektören presenterar beslut om anställningsstopp, stopp av nyttjande av bemanningsföretag och övertid.</li> <li>• Styrelsen beslutar att förvaltningens förslag om intermediär vård ska genomföras.</li> </ul>
Okt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vid möte med ägarutskottet antecknas om och när Sjukhusen i väster kan komma i ekonomisk balans; Presidiet ser ett långt arbete framför sig, ett stort omställningsarbete krävs för att nå dit Tidigare åtgärder har inte nått tillräcklig effekt. Styrelsen har beslutat om två åtgärdsplaner och bedömer inte att de ska addera med fler åtgärdsplaner, det viktiga är att få kraft i genomförandet.</li> <li>• I protokollsanteckning från Moderaterna, Kristdemokraterna, Centerpartiet och Liberalerna i beslutspunkt avseende månadsrapport per september skrivs bland annat följande; det är uppenbart att den nuvarande kursen inte kommer att leda till en balanserad ekonomi 2024, med tanke på det omfattande underskottet. Rödgrön ledning behöver bli tydligare i sitt ledarskap.</li> </ul>
Nov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efter godkännande av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 8 november 2023 beslutar Sjukhusen i väster om sex olika åtgärder</li> </ul>

	<p>som definierades i underlag för beslut i augusti: I samma beslut från Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden godkänns inte Sjukhusen i västers förslag avseende hematologi, osteoporos och smärtverksamhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrelsen beslutar detaljbudget 2024, se fördjupning nedan, med följande ordning: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sverigedemokraterna, Kristdemokraterna och Moderaterna deltar inte i beslutet och hänvisar i stället till egna budgetförslag i regionfullmäktige.</li> <li>○ Protokollsanteckningar från Liberalerna, Sverigedemokraterna, Kristdemokraterna och Moderaterna.</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrelsen beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en ny helårsprognos för det ekonomiska resultatet i samband med varje månadsuppföljning. Helårsprognosen ska vara periodiserad per månad.</li> </ul>
Dec	<p>Förvaltningsledningen informerar styrelsen om följande avseende åtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Åtgärdsplan 1 och 2 läggs samman.</li> <li>• Kvalitetssäkring av åtgärdsplan 1 pågår <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vad är genomfört?</li> <li>○ Vad är ej genomfört men ska kvarstå?</li> <li>○ Vad kan ej genomföras och behöver ersättas med annat?</li> </ul> </li> <li>• Arbete med vårdavdelningar Kungälv's sjukhus och Alingsås lasarett rullar på.</li> <li>• Förvaltningschefens genomgång per verksamhet planerad 9 januari.</li> <li>• Analys över läkemedelskostnader ska genomföras då ökningstakt är hög via läkemedelsråd.</li> <li>• Tillkommande uppdrag regional särskild ledning för ekonomi i balans.</li> </ul> <p>Årsprognosen uppskattas till -375 mnkr inklusive uppbokningen ovan avseende utskiftningen från Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Kungälv's sjukhus, som kommenterats ovan.</p>

### Regionstyrelsens beslut i delårsrapport per augusti 2023

Regionstyrelsen beslutar 17 oktober 2023 att föreslå regionfullmäktige besluta följande 28 november 2023:

2. Regionfullmäktige noterar att Sjukhusen i Väster prognostiserar en negativ budgetavvikelse för 2023. Mot bakgrund av det allvarliga ekonomiska läget uppmanas styrelsen för Sjukhusen i väster att vidta verkningfulla åtgärder för att anpassa verksamheten till fastställd budget.
3. Regionfullmäktige ger samtliga sjukhusstyrelser i uppdrag att omedelbart organisera sin verksamhet så att den totala kostnaden för bemanning rymms inom budgetram för kommande år. Även

arbetet med att förbättra tillgängligheten ska utföras inom beslutade budgetramar.

Regionstyrelsen beslutar för egen del följande:

5. Regionstyrelsen uppmanar samtliga nämnder och styrelser att anpassa sin verksamhet för att bidra till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen.

### **Svar på skrivelse från styrelsen för Sjukhusen i väster angående driftsekonomiska konsekvenser för Högsbo närsjukhus 21 november 2023**

1. Regionstyrelsen beslutar att för år 2023 tillskjuta styrelsen för Sjukhusen i väster 19 miljoner kronor för uppstartskostnader innan Högsbo närsjukhus tas i drift. Kostnaden ska belasta regionstyrelsens post för oförutsedda utgifter.
2. Regionstyrelsen beslutar att för år 2024 tillskjuta styrelsen för Sjukhusen i väster 59,5 miljoner kronor för kostnader i samband med ibruktagandet av Högsbo närsjukhus. Kostnaden ska beaktas i regionstyrelsens detaljbudget för 2024.
3. Regionstyrelsen uppmanar operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att ta fram en långsiktig plan för hur uppdraget till Sjukhusen i väster kan öka så att resursen nyttjas samt att behovet av ägarstöd upphör.
4. Regionstyrelsen uppmanar styrelsen för Sjukhusen i väster att säkerställa att planerade produktivitetssökningar gällande Högsbo närsjukhus verkställs.

### **Styrelsens budgetbeslut inför 2024 – det viktigaste utifrån ekonomi i balans**

Vid beslutet om budget för 2024 är styrelsen informerad om följande:

- Den ekonomiska utmaningen, som i budgeten definieras till 500 miljoner kronor.
- Faktisk effekthemtagning avseende den ursprungliga åtgärdsplanen om 268 miljoner kronor.
  - Oktober = 59 miljoner kronor och med en genomsnittlig månatlig hemtagning för de första 10 månaderna uppgår till 5,9 miljoner kronor.
- Operativa hälso- och sjukvårdsnämndens ställningstaganden till föreslagna åtgärder i augusti, som innebär att de beslutade åtgärder kan värderas till cirka 115 miljoner kronor.
- Resultat per oktober om -309 miljoner kronor (prognos -350 miljoner kronor och en avvikelse mot budget med -324 miljoner kronor)
- Att per november har inga beslut fattats som resultat av det regiongemensamma arbete på systemnivå inom regional särskild

ledning för ekonomi i balans och där ingående delströmmar samt vidare utveckling av regional vårdutbudstruktur, primärvårdens roll i omställningen och prioriteringar.

Av Västra Götalandsregionens riktlinjer för detaljbudgetarbetet 2024, 2025 och 2026 framgår bland annat följande:

Nämnder och styrelser budgetar ska vara baserade på förutsättningar som är kända under hösten 2023. För flera instanser, framför allt utförarstyrelser, kommer det vara en stor utmaning att lägga en budget i ekonomisk och verksamhetsmässig balans. I dessa budgetar ska det framgå vilka åtgärder som krävs för en budget i balans och en beskrivning av skillnaden i ekonomiskt utfall med och utan åtgärder.

I budgeten för 2024 framgår att åtgärder enligt detaljbudget 2023 om 350 miljoner kronor behöver genomföras med helårseffekt. Därtill ytterligare åtgärder om ca 150 miljoner kronor.

De samlade åtgärdsbesluten 2023 enligt ovan, summerar till 377 miljoner kronor varav cirka 55 miljoner kronor realiserades 2023. Det innebär en budgeterad effekthemtagning från den konsoliderade åtgärdsplanen inför 2024 om 322 miljoner kronor.

Avseende de ytterligare åtgärder om cirka 150 miljoner kronor lyfts; Inriktningen i genomförandet för att hantera tillkommande utmaningar 2024 utgår ifrån det regiongemensamma arbete på systemnivå inom regional särskild ledning för ekonomi i balans och där ingående delströmmar samt vidare utveckling av regional vårdutbudstruktur, primärvårdens roll i omställningen och prioriteringar. Styrelsen för Sjukhusen i väster fattar alltså inga egna beslut och ger inga anvisningar till den egna förvaltningsledningen. I december fattar regiondirektören beslut om uppdrag utifrån regional särskild ledning för ekonomi i balans.

Utöver ovan kan följande konstateras i budgeten för 2024:

- Bedömd underfinansiering av Högsbo närsjukhus om 40 miljoner kronor, som inte tagits höjd för i den ekonomiska utmaningen om 500 miljoner kronor.
- Bedömd underfinansiering av utskiftningen från Sahlgrenska universitetssjukhuset till Kungälv's sjukhus om 40 miljoner kronor som i budgeten tas upp som "fiktiv intäkt".

## **Bedömning avseende ekonomisk måluppfyllelse och ekonomistyrning**

**Januari till juni 2023**

Revisionen bedömer att det redan vid ingången 2023 är helt uppenbart att budgeten för 2023 är orealistisk utifrån möjlighet att åstadkomma en ekonomi i balans.

Redan vid första möte med ägarutskottet bedömer revisionen att det informeras om aktuell situation och utmaningar. I maj informerar Sjukhusen i väster om beslut och aktiviteter som de inte förfogar över själva.

Styrelsens prognos i april om negativt resultat om 250 miljoner kronor visar på budgetens för 2023 uppenbara brist som grund för en effektiv ekonomistyrning. I denna prognos ligger en förväntan om att effekthemtagningen från beslutade åtgärder ska accelerera under hösten, vilket inte infrias. De beslut som tas av förvaltningsledning under första halvåret är inte tillräckliga för att vända detta. Revisionen ifrågasatte prognosen redan i april och lyfte då en egen bedömning om ett underskott om minst 350 miljoner kronor för 2023.

Under de första månaderna börjar Sjukhusen i väster att boka upp intäkter för utskiftningen av vårdvolymerna från Sahlgrenska universitetssjukhuset för kapacitet som inte utnyttjas, vilket också läggs in i styrelsens prognosbedömning. I och med att detta inte är godkänt av koncernledningen och också underkänt i årsbokslutet för 2023, bedömer revisionen att detta gett en missvisande bild av den ekonomiska situationen under 2023 och att hanteringen varit felaktig av styrelsen för Sjukhusen i väster.

- A. Revisionen bedömer att styrelsen för Sjukhusen i väster i all väsentlighet agerar på ett systematiskt sätt under perioden januari till och med maj. Styrelsen informerar sig stegvis om den aktuella ekonomiska situationen och de utmaningar som styrelsen har. De beslut som fattas leder fram mot styrelsemötet i juni då, som revisionen förstår det, beslut om ytterligare åtgärder skulle ha fattats. Så blir inte fallet utan beslutet skjuts på till augustimötet.

Även om styrelsen är fullt ansvarig för såväl verksamhet som ekonomi bedömer revisionen att denna inte ska kritiseras för den uppkomna situationen under årets första fem månader. Revisionen menar dock att efter dessa fem månader är styrelsen fullt informerad om de ekonomiska och verksamhetsmässiga utmaningarna och därmed behovet av snabba och kraftfulla beslut för att så snart som möjligt vända den ekonomiska utvecklingen.

- B. Med detta lyfter vi kritik att styrelsen inte fattar beslut om kompletterande åtgärdsplan som planerat i juni. Ett antal av åtgärderna har Sjukhusen i väster egen rådgivning över och här tappar Sjukhusen i väster sannolikt

minst två månader i potentiell effekthemtagning och möjlighet att identifiera ytterligare nödvändiga åtgärder.

### **Juli till oktober 2023**

Ett antal av de föreslagna åtgärderna kräver godkännande av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och hanteringen av detta görs av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i november då majoriteten av dessa inte godkänns. Detta innebär att åtgärdsförslag som beretts av förvaltningsledningen redan i maj ligger öppna i drygt sex månader, något som enligt ovan, borde kunna ha minskats med minst två månader.

I beslutet om ytterligare åtgärder i augusti, är den väsentligaste åtgärden att minska antalet vårdplatser på Kungälvssjukhus, vilket även ska hantera förväntade kommande ökade volymer i utskiftningen 2023. Vid dialogmötet i oktober hävdar presidiet och förvaltningsledning att detta är realistiskt. Med detta budskap stärks bedömningen avseende hanteringen av intäkter för utskiftningen 2023 ovan.

- C. Styrelsen tar inga ytterligare kompletterande beslut under denna period och ger inte heller förvaltningsledningen några nya uppdrag, utan man avvaktar budget 2024. Beslut om anställningsstopp, stopp av nyttjande av bemanningsföretag och övertid är ett tjänstemannabeslut med syfte att möjliggöra snabbare realisering av effekter från redan definierade åtgärder. I beaktande av utvecklingen av antal nettoårsarbetare och den ekonomiska utvecklingen bedömer revisionen att dessa beslut borde fattats redan första kvartalet.

Revisionen noterar oppositionens syn, som redogörs för under iakttagelserna ovan, på verksamhetsledningens förmåga och möjlighet att styra mot en ekonomi i balans. Vi tolkar detta som att de menar att befintliga åtgärder inte är tillräckliga alternativt att styrningen av verksamhetsledningen behöver stärkas.

### **November och december 2023**

Revisionen konstaterar att budget för 2023 uppenbart var orealistisk och att styrelsen inte kunnat hantera den ekonomiska utmaningen om 350 miljoner kronor. Inför 2024 har Sjukhusen i väster att förhålla sig till instruktionerna avseende budget som lyfts ovan:

- Budgeten ska vara baserad på förutsättningar som är kända under hösten 2023.
- För utförarstyrelser ska det framgå vilka åtgärder som krävs för en budget i balans och en beskrivning av skillnaden i ekonomiskt utfall med och utan åtgärder.

Styrelsen för Sjukhusen i väster lämnar en budget för 2024 i balans. Man bedömer den ekonomiska utmaningen till 500 miljoner kronor som ska hanteras genom att samtliga beslutade åtgärder 2023 ska realiseras fullt ut 2024. Samtidigt som regionala initiativ ska hantera återstående ekonomiska utmaning på 150 miljoner kronor. Som framgår av iakttagelserna är nettot av kvarstående effekter från åtgärder i årsbokslutet 2023 296 miljoner kronor. Det finns poster i budgeten som indikerar att den ekonomiska utmaningen kan vara större än den som lyfts. I iakttagelserna listas de kända förutsättningarna inför budgetbeslutet i november.

Revisionen bedömer att det är uppenbart att den effekthemtagning som förutsätts i budgeten är helt orealistisk. Detta ställt mot ekonomisk utveckling under 2023, historiska nivåer på faktisk effekthemtagning och att åtgärder till delar, dock helt oklart hur stora är beroende av åtgärder och beteende hos andra styrelser och nämnder och kommuner. I budgeten ges ingen indikation på en mer sannolik effekthemtagning 2024.

I budgeten framgår som revisionen tolkar det inga nya initiativ eller åtgärder utöver de som redan beslutats fram till och med augusti. Vid beslutet i augusti lyfts enligt iakttagelserna ovan behov om ytterligare 100 miljoner kronor i åtgärder i budgeten för 2024. I och med att ca 45 miljoner kronor av de då föreslagna åtgärderna underkänns av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, borde behovet vara snarare minst 150 miljoner kronor.

I iakttagelserna ovan sammanfattas bland annat årets resultat, effekter från åtgärdsplaner och utvecklingen av nettoårsarbetare. Den största avvikelserna ligger i lönekostnaderna och det är för revisionen oklart i vilken grad förvaltningsledningen varit tillräckligt effektiv i arbetet med att få kontroll på utvecklingen av antal nettoårsarbetare. Se dock vår bedömning under C ovan. En stark styrning mot målnivån för antalet nettoårsarbetare är en av nycklarna för att uppnå en ekonomi i balans.

- D. Revisionen bedömning är att styrelsen för Sjukhusen i väster har beslutat om en budget för 2024 som inte kan betraktas som realistisk och inte kan bedömas utgöra en grund för en effektiv budgetstyrning. Det är uppenbart att det krävs beslut om ytterligare kompletterande åtgärder utöver de som fastställs i budgeten för 2024. Vi bedömer att budgeten inte är transparent och ger en otydlig bild av hur styrelsen avser att hantera ekonomin 2024.
- E. Revisionen bedömer att det är viktigt att det klargörs i vilken grad beslutade åtgärder är beroende av beslut och agerande av andra nämnder, styrelser och kommuner. Detta utifrån behovet av

transparens och stärkt budgetstyrning av åtgärder där Sjukhusen i väster har full rådighet i genomförandet.

- F. Revisionen bedömer att hanteringen av de 150 miljoner kronor i budgeten där man hänvisar till beroende av regionala beslut och initiativ är att betrakta som en budget i obalans om minst 150 miljoner kronor.
- G. Revisionen bedömer att Sjukhusen i väster i möten med ägarutskottet och i skrivelse till regionfullmäktige och regionstyrelsen har varit transparenta avseende den ekonomiska utmaningen och beroendet till centrala beslut och agerande av andra styrelser, nämnder och kommuner.
- H. Revisionen bedömer att Sjukhusen i västers prognoser avseende årsresultat och effekter från åtgärdsplaner genomgående gett en för optimistisk bild av resultatutvecklingen. Vi noterar styrelsens beslut om månatliga prognoser och vill betona vikten av dessa vid varje tillfälle är realistiska. I detta ligger en förväntan från revisionen att det senast i januariavslutet 2024 ges en realistisk prognos för helåret och att styrelsen agerar och beslutar utifrån denna.
- I. Revisionen bedömer att styrelsens uppbokning av intäkter för utskiftningen av vårdvolymerna från Sahlgrenska universitetssjukhuset för kapacitet som inte utnyttjas gett en missvisande bild av den ekonomiska situationen under 2023 och att hanteringen varit felaktig av styrelsen för Sjukhusen i väster.
- J. Det kan konstateras att årets resultat om -422 miljoner kronor väsentligen avviker från beslutad budget för 2023 och den bedömda budgetutmaningen.

I tabell 8–9 nedan redogör revisionen för sina bedömningar gentemot dessa grunder. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionen bedömer att styrelsen inte har skött verksamheten på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

**Tabell 14: Grund för ansvarsprövning (Bristande måluppfyllelse – ekonomi)**

Tänkbar brist		
Regionfullmäktiges finansiella mål och riktlinjer har inte uppnåtts eller efterlevts. Det handlar om väsentliga och uppenbara brister eller avvikelser		J
Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att styra verksamheten mot uppsatta mål och föreskrifter, till exempel följa budgetramen eller efterleva mål och riktlinjer för god ekonomisk hushållning.  De har inte visat förmåga att inom givna förutsättningar leva upp till mål, beslut och föreskrifter.		A, B, C

**Tabell 15: Grund för ansvarsprövning (Brister i styrning av ekonomi)**

Tänkbar brist		
Styrelsen har inte säkerställt att verksamheten arbetar utifrån de ekonomiska beslut, riktlinjer, rutiner med mera som styrelsen lagt fast. De efterfrågar inte resultat och analys.		C
Styrelsen kan också ha brustit i att redovisa sin situation till regionfullmäktige, till exempel efterfrågat nya riktlinjer eller inte redovisat någon åtgärdsplan.		G
Budgeten har inte följts och ekonomistyrningen har inte varit tillräcklig.  Den löpande redovisningen har varit otillräcklig eller ofullständig eller har andra uppenbara brister som försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll.		D, E, F, H, I

Vår övergripande bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Revisionen lämnar följande rekommendationer.

## Rekommendationer

- Revisionen rekommenderar att styrelsen senast i januaribokslutet 2024 avger en realistisk prognos för helåret och att prognosbedömningar i enlighet med beslut av styrelsen i november 2023 därefter uppdateras varje månad. Dessa ska utgöra underlag för styrelsens tidiga analys och eventuella kompletterande beslut för att uppnå en ekonomi i balans 2024.

- Revisionen rekommenderar att det i beslutad konsoliderad åtgärdsplan för 2024 tydligt framgår i vilken utsträckning effekthemtagningen i respektive åtgärd påverkas av beteende, åtgärder och beslut av andra nämnder och styrelser inom Västra Götalandsregionen samt kommuner och andra intressenter. Vi rekommenderar att styrelsen därefter löpande prövar realismen i bedömd effekthemtagning i beslutade åtgärder. Denna prövning ska omfatta såväl rådighet i förutsättningar för effekthemtagning som effektiviteten i förvaltningsledningens styrning.

Rekommendationerna har framförts till förvaltningsledningen 17 januari 2024.

# Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll

Revisionen granskar varje år om styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen är tillräcklig. Granskningen omfattar om

- det finns ett systematiskt arbete med styrning och intern kontroll
- det finns en riskhantering och kontroller inom väsentliga områden
- arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del av organisationen, systemen och det löpande arbetet
- det finns en uppföljning av styrningen och den interna kontrollen.

## Resultat

### Iakttagelser

Nedan redogörs kortfattat för viktigare iakttagelser som gjorts inom ramen för den grundläggande granskningen 2023

- Styrelsens riskanalys för 2023 genomförs i augusti 2022 och plan för intern kontroll beslutas i november 2022, båda med ett resultat som revisionen inte hade något väsentligt att anmärka på i granskningen för 2022.
- Planen för intern kontroll har följts upp i enlighet med beslut på ett tillfredsställande sätt med slutredovisning till styrelsen på januarimötet 2024.
- Styrelsen genomför sin riskanalys inför 2024 i samband med styrelsemötet i september 2023 där risker kategoriseras under följande rubriker:
  - Verksamhetens genomförande
  - Samverkan och beroenden av andra parter
  - Personal och kompetensförsörjning
  - Ekonomi
  - Informationshantering och It
  - Säkerhet och trygghet
  - Oegentligheter.

I november beslutas plan för intern kontroll 2024 inkluderande 22 risker. För varje risk fastställs på ett tydligt sätt; vad som ska kontrolleras, hur, uppföljningsdatum, ansvar och rapportering.

I och med att styrelsen gör sin riskanalys i september, tas hänsyn till riskerna under budgetprocessen.

## Bedömning

Revisionen konstaterar att uppföljning av internkontrollplan 2023 har genomförts enligt plan på ett tillfredsställande sätt.

Revisionen bedömer att riskanalysen för 2024 förefaller vara relevant och fångar risker som vi revisorer sett och som förvaltningsledning och styrelsens presidium lyft i de möten som genomförts under 2023 med oss. Vi bedömer att processen har styrelsens riskbedömning utgjort en av grunderna för budgetprocessen. Planen för intern kontroll 2024 bedömer revisionen vara relevant och kommer att utgöra en god grund för uppföljningen av intern kontroll under 2024.

Utifrån iakttagelser gjorda avseende styrelsen för Sjukhusen i västers styrning av intern kontroll, har revisionen att bedöma och ta ställning till en av nio grunder för ansvarsprövningen enligt god revisionssed. I tabell 10 nedan redogör revisionen för sina bedömningar gentemot denna grund. Bedömningen förtydligas med hjälp av en tregradig skala med färgmarkeringar:

- Grön: Revisionen bedömer att styrelsen i allt väsentligt har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Gul: Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.
- Röd: Revisionen bedömer att styrelsen inte har en tillräcklig intern kontroll, ställt mot den tänkbara brist som omfattats av granskningen.

**Tabell 16: Grund för ansvarsprövning (Brister i intern kontroll)**

Tänkbar brist	Revisionens bedömning
Styrelsen saknar tillfredsställande system för intern kontroll, alternativt är system och rutiner inte tillräckligt strukturerade och integrerade i organisationen och det löpande arbetet.	Detta har revisionen inget väsentligt att anmärka på.

Vi bedömer att styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen har varit tillräcklig.

## Fördjupade granskningar

I år har följande fördjupade granskningar genomförts som berör styrelsen för Sjukhusen i väster:

- Bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.
- Omställningen av hälso- och sjukvården.

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

Revisionen har granskat styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (diarienummer REV 2023–00098). Granskningen genomfördes i samarbete med revisionsbyrån KPMG AB. Granskningen har avrapporterat i en separat rapport som fastställts av revisorskollegiet den 13 december 2023. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

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:

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

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.

Granskningen har avgränsats till sjukhusstyrelsernas styrning och ledning av bemanning- och kapacitetsplanering av vårdproduktion av planerad vård enligt produktionskraven i budget 2023 och gällande vårdöverenskommelser vid ingången av år 2023. Granskning har skett av det sjukhusövergripande styr- och ledningen och genom granskning av

stickprov av organisatoriska vårdproducerande enheter inom sjukhusförvaltningarna, kvinnosjukvård och ortopedi. Urvalet har baserats dels på vårdområden med bristande måluppfyllelse av tillgänglighet till första besök för patienter och bristande tillgänglighet till inledande behandling enligt gällande vårdgarantier för sjukhusvård, dels av vårdområden som omfattar större patientgrupper.

Regionstyrelsen har granskats avseende styrning och ledning inom sitt ansvar för uppsikt och sitt ansvar för övergripande och samordnade vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i förhållande till ansvariga sjukhusstyrelser och granskningens stickprov inom vårdområden kvinnosjukvård och ortopedi. En ändamålsenlig och tillräcklig bemanning skapar förutsättningar för att nå det övergripande budgetmålet om en tillgänglig och produktiv hälso- och sjukvård. Kompetensförsörjning genom en optimerad bemannings- och kapacitetsplanering på 1–3 års sikt är en viktig förutsättning för att säkerställa en tillräcklig vårdproduktion ställd till vårdbehovet i länet.

Västra Götalandsregionens styrning av vårdproduktion ska ske med samordning mellan sjukhus i egen regi vilket har beaktats i vår granskning av sjukhusstyrelser samt regionstyrelsen.

## Resultat

Revisionen gör den samlade bedömningen 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.

Granskningen har visat att:

- Ansvariga sjukhusstyrelser i allt väsentligt har utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion enligt sina respektive ansvar i reglemente. Granskningen visar på brister i sjukhusstyrelser styrning och ledning för att säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen mellan Västra Götalands sjukhus i egen regi, utifrån sjukhusstyrelsernas ansvar i reglemente att verka för samordning i hälso- och sjukvården.
- Ansvariga sjukhusstyrelser delvis har säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och internkontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion har tillämpats inom förvaltningen. Det saknas gemensamma arbetsätt inom utförarförvaltningarna för arbetet med bemannings- och

kapacitetsplanering av vårdproduktion. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt att förvaltningarna, eller åtminstone verksamheterna inom respektive förvaltning, arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.

- Regionstyrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i egen regi. Samordningen av Västra Götalandsregionens produktion av sjukhusvård i egen regi fungerar inte tillfredställande. I granskningen framkommer även att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter inte tas tillvara på ett tillfredställande sätt i Västra Götalandsregionens processer för uppdragsstyrning av vårdproduktion till sjukhusen.

## Rekommendationer

Revisionen har lämnat rekommendationer till regionstyrelsen, se rapporten för mer information om dessa. Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till berörda sjukhusstyrelser, och därmed även till styrelsen för Sjukhusen i väster, med anledning av granskningen av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

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.

# Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården

Revisionen har granskat Västra Götalandsregionens arbete med omställningen av hälso- och sjukvården (REV 2023-00096). 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.

## 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.

## Resultat

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 regionfullmäktiges 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.

Sjukhusen i väster har 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.

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. Granskningen visar vidare 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 måluppfyllelse inom omställningsarbetet inte fattat kompletterande beslut för ökad genomförandekraft. Revisionens bedömning är att styrelserna för Närhälsan och Sjukhusen i väster kan uppmanas att vara mer aktiva vid bristande måluppfyllnad inom omställningen för en ökad genomförandekraft.

## 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.

# Granskning av styrmiljö och styrdokument

Revisionen granskning avseende styrmiljö och styrdokument har fokuserat på om styrelsen och förvaltningsledningen hanterat följande på ett ändamålsenligt sätt:

1. Dokumenterade strategier samt ledningsfilosofi för hur styrelsen avser att styra och leda verksamheten.
2. Kvalitetsledningssystem.
3. Ställningstaganden och beslut med syfte att
  - a. stärka möjligheten till måluppfyllelse
  - b. anpassa resurser till gällande uppdrag
  - c. säkra uppföljning av verksamheten
  - d. stärka besluts- och genomförandekraft att uppfylla uppdrag och hantera eventuella avvikelser.
4. Styrelsens uppdrag enligt reglemente är omhändertaget i styrdokument och uppdrag till förvaltningen.
5. Fastställande av delegeringsordning och att rutinerna för delegering följts.
6. Följsamhet till
  - a. de policydokument, riktlinjer och anvisningar som regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och övriga systemägare fastställt
  - b. gällande lagstiftning och de nationella riktlinjer som är styrande för verksamheten.
7. En ärendeberedning i enlighet med förvaltningslagen, kommunallagen och ärendehandboken.
8. Styrelsebeslut fattade i rätt tid utifrån riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen och koncernkontoret avseende till exempel budget, delårsrapporter och årsredovisning, riskanalys och plan för intern kontroll, andra beslut av regionfullmäktige och regionstyrelsen som är relevanta för styrelsen.
9. Brister i önskat resultat från beslut beretts och hanterats av styrelsen i rätt tid.
10. Beslutsunderlag är tillräckliga för de beslut som fattats av styrelsen under året och att detta tydligt framgår av dokumentationen från styrelsearbetet.

**Bedömning**

Revisionen bedömer att årets grundläggande granskning styrker att de områden denna fokuserat på enligt ovan avseende styrmiljö, styrdokument och formalia, förefaller hanteras på ett ändamålsenligt sätt av Sjukhusen i västers styrelse och förvaltningsledning. Styrelsen har fattat beslut om väsentliga styrdokument i rätt tid och utifrån riktlinjer och anvisningar från regionstyrelsen och koncernkontoret. Vidare har förvaltningen upprättat en rutin för upprättande och revidering av styrande dokument, för att minska risken för många dokument med otydligt och motstridigt innehåll. Styrelsen har också fastställt delegeringsordning enligt Västra Götalandsregionens rutin och mall.

## Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i nämndens redovisningsrutiner omfattar följande:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

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

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar revisionen att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sina egna bokföringsorder.

Från och med 1 januari 2024 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet.

- Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

I slutet av 2023 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

## Granskning av delårsbokslutet

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

För 2023 har rapporteringen från Deloitte enbart omfattat eventuella identifierade numeriska avvikelser. Granskningen av detta har utförts av PWC.

I Deloitte:s rapportering avseende översiktlig granskning av delårsbokslut per 31 augusti 2023 framgår att inga väsentliga avvikelser har noterats för Sjukhusen i väster. I PWC avvikelserapport lyfts en pågående tvist mot Tjörns kommun avseende en utskrivningsklar patient. Sjukhusen i väster har redan fått ersättning om 3,5 miljoner kronor och har inlett en stämningssökan för de resterande 1,9 miljoner kronor. Sjukhusen i väster har bokat en fordran om 1,9 miljoner kronor 31 augusti 2023.

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

## **Granskning av årsbokslutet**

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2023 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

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

## Uppföljning av rekommendationer

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

**Tabell 17: Uppföljning av rekommendationer som den grundläggande granskningen 2022 gav upphov till**

Rekommendation	Uppföljning
Revisionen rekommenderar den tillträdande styrelsen för Sjukhusen i väster att så snart som möjligt ta initiativ till möte med regionstyrelsens ägarutskott och den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden i enlighet med arbetsgruppen politisk organisation 2023–2026 förslag i PM om politisk styrning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen daterad 23 januari 2023. Detta utifrån risk att varken klara att leverera uppdrag eller att ha en ekonomi i balans 2023.	Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.
Revisionen rekommenderar den tillträdande styrelsen att säkerställa att alla eventuella ställningstaganden och beslut från såväl regionstyrelsen och ägarutskottet, beställare som andra styrelser och nämnder, som påverkar Sjukhusen i västers förutsättningar för att uppnå verksamhet- och ekonomi i balans, dokumenteras skriftligt. Detta för att säkerställa en tydlighet i ansvar och förväntningar.	Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

**Tabell 18: Uppföljning av rekommendationer som de fördjupade granskningarna 2022 gav upphov till**

Rekommendation	Uppföljning
<p><b>Granskning av effekter av åtgärdsplaner</b></p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade,</li> </ul>	<p>Revisionen bedömer att styrelsen formellt har tagit hand om rekommendationen.</p> <p>Iakttagelser och bedömningar i ekonomiavsnittet ovan, visar dock att konkreta åtgärder ännu inte är tillräckliga och inte ännu</p>

<p>kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi</li> <li>• säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet</li> <li>• utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus</li> <li>• utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen</li> <li>• säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.</li> </ul>	<p>givit önskade effekter. De två rekommendationer vi ger ovan bedöms omfatta de rekommendationer som gavs i den fördjupade granskningen 2022.</p>
<p><b>Granskning av uppdämt vårdbehov</b> Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.</p>	<p>Revisionen bedömer att styrelsen formellt har tagit hand om rekommendationen. Se dock iakttagelser och bedömningar ovan.</p>
<p><b>Granskning av strategisk kompetensförsörjning</b> Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i Väster att besluta om kompetensförsörjningsplaner på styrelsenivå.</p>	<p>Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.</p>

## Det kommunala ansvarssystemet

Det finns tre grundfunktioner i det kommunala ansvarssystemet: beslutande; regionfullmäktige, beredande och verkställande; styrelse, nämnder, bolag och beredningar och granskande; revisionen.

Regionfullmäktige fattar principiella och övergripande beslut. Regionfullmäktiges mål, riktlinjer och ekonomi utgör grunden för verksamheten i styrelse och nämnder. Regionfullmäktige 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. Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen och ha uppsikt över den verksamhet som bedrivs av övriga nämnder. Styrelsen ska också ha uppsikt över bolag och kommunalförbund.

Regionfullmäktige 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 det till regionfullmäktige i en så kallad revisionsberättelse.

En viktig del 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 verksamheterna.

Det är de förtroendevalda som regionfullmäktige har utsett i styrelser, nämnder och beredningar som har det ansvar som nämns ovan och som då även är de som prövas. Det främsta underlaget till regionfullmäktiges ansvarsprövning är revisorernas granskning och bedömning.

## Om revisionen

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 lekmanarevisorer, 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 regionfullmäktige och därigenom även medborgarna insyn i och kontroll över det som sker i regionens verksamheter. I regionens bolag har lekmanarevisorerna 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](http://www.skr.se).

## Regionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, kultur 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.

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 regionens sjukhus, 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 i Västra Götaland samt med medverkan från olika parter i övrigt i näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet, högskolor och statliga organ med flera.

Diarienummer: REV 2023-00039

## **Revisionsberättelse 2023 för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus**

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2023.

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

Vårt ansvar är att granska verksamheten, den interna kontrollen och räkenskaperna samt att pröva om verksamheten bedrivs enligt regionfullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisionen. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt men att den interna kontrollen varit tillräcklig.

Mot bakgrund av de betydande brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en *erinran*.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi –

Granskningen visar att det finns brister avseende att uppnå ekonomi i balans. Styrelsen har följt den ekonomiska utvecklingen under året och har beslutat om åtgärder men styrningen har inte varit tillräcklig för att få önskad effekt med följderna att styrelsen för 2023 redovisade ett betydande underskott. Avvikelsen är - 413 MSEK mot budget och en avvikelse om 8,2 % i förhållande till omsättning. Revisionen bedömer att styrelsen inte skött ekonomin fullt ut på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt.

- Bristande måluppfyllelse gällande verksamhet –

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut producerat vård enligt vårdöverenskommelsen. Styrelsen har inte heller fullt ut nått regionfullmäktiges prioriterade mål avseende tillgängligheten.

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

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

Årets granskning redovisas i den revisionsrapport som bifogas. Vi vill att styrelsen beaktar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vänersborg den 20 mars 2024

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

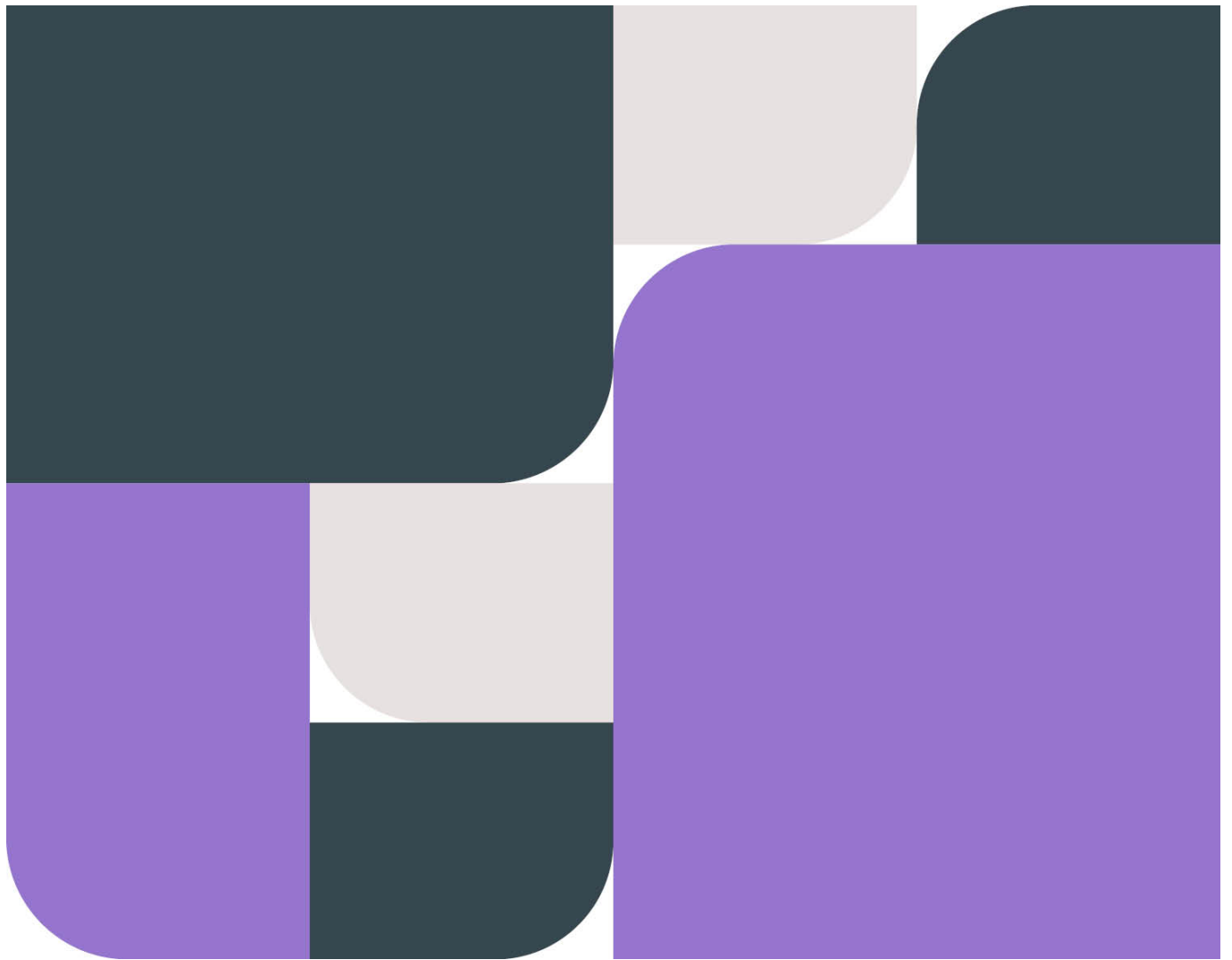
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport  
2024-03-20

# **Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus**

**– granskning av verksamhetsåret 2023**

Datum: 2024-03-20

Revisionsrapport: Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2023  
Diarienummer: REV 2023-00039

Granskningarna har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsenheten i Västra  
Götalandsregionen, revisionsbyrån Deloitte och revisionsbyrån KMPG.

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

# Innehåll

Läsanvisning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	4
Rekommendationer.....	5
Granskning av styrelsens uppdrag .....	7
Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.....	11
Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll .....	16
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering ... ..	17
Granskning av närsjukvårdsteam .....	20
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner .....	21
Granskning av delårsbokslutet.....	22
Granskning av årsbokslutet.....	22
Uppföljning av rekommendationer .....	23
Det kommunala ansvarssystemet.....	33
Om revisionen .....	34
Regionen i korthet .....	35

## Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisar vi den granskning som revisionen har genomfört under 2023 avseende styrelsen.

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

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

Rapporten är indelad i tre delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2023.

\*

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

Sedan kommer vi till *den andra delen*: resultatet. Där går vi igenom de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna i de granskningar vi har genomfört. Vi redogör även för den uppföljning av rekommendationer som vi har gjort under 2023.

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

## Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt men att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar att det finns förbättringsområden inom verksamhetens måluppfyllelse, tillgänglighet samt ekonomistyrning.

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

## Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

**Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer**

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning – ekonomi (sidorna 11–15)	Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta konkreta åtgärder för en ekonomi i balans som är tydligt målsatta inom en tidsatt period och att följa upp dessa. (2023)
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (sidorna 17–20)	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion (2023)  Revisionen rekommenderar att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. (2023)
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner (sida 21)	Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Från och med 2024-01-01 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet. (2023)  Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen. (2023)

<p>Granskning av informationssäkerhet (sidorna 23–25)</p>	<p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att upprätta förvaltnings specifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs. (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp. (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident samt säkerställa att dessa testas med regelbundenhet (2022).</p>
<p>Granskning av effekter av åtgärdsplaner (sidorna 27–29)</p>	<p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus (2022).</p> <p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).</p>
<p>Granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (sida 31)</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att samtliga verksamheter genomför årlig skydds rond (2022).</p>
<p>Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa (sida 32)</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021).</p>

## Granskning av styrelsens uppdrag

Revisionen granskar varje år om styrelsen har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Med ändamålsenligt sätt menas om styrelsen har

- genomfört uppdraget utifrån det reglemente som gäller för styrelsen samt de lagar som styr styrelsens uppdrag
- styrt verksamheten utifrån regionfullmäktiges prioriterade mål
- agerat vid bristande måluppfyllelse
- sett till att processer av olika slag finns för planering, genomförande, organisering, uppföljning och förbättring

## Resultat

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

### Ledningssystem

Under 2023 har en större förändring av sjukhusets förvaltningsorganisation genomförts. Med start i januari har 12 verksamhetsområden blivit åtta för att förbättra flödeseffektiviteten med tillhörande stödfunktioner. Sjukhusets och verksamhetsspecifika verksamhetsplaner utgår från den övergripande verksamhetsplanen fastställd av koncernledning hälso- och sjukvård.

Som stöd till verksamhetsområdena finns sjukhusgemensam stab i sju stabsområden som innefattar bland annat produktion och ekonomi. Uppföljning sker i utvecklingsdialoger mellan verksamheter och ledningsutskott. Bland annat har stabsområde HR följt upp den under året införda anställningsrestriktionen och dess påverkan på ekonomi och arbetsmiljö.

### Förändrad utbudsstruktur

På styrelsens sammanträde i juni tillskrevs operativa hälso- och sjukvårdsnämnden om dialog gällande strukturella förändringar av utbudspunkter enligt rutin för hantering av avvikelser från gällande planer och uppdrag.<sup>1</sup> Förslagen innebär strukturella förändringar av utbudspunkter för Skaraborgs Sjukhus och enligt § 5 i reglementet för

---

<sup>1</sup> Diarienummer OSN 2023-01814

styrelsen ska strukturella förändringar av utbudspunkter lämnas till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för dialog.

Den 31 augusti ställde sig strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden bakom förslaget från Skaraborgs Sjukhus om strukturförändringar av sjukvården i Skaraborg. Den 12 september 2023 fattade styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslut om utbudsförändringar enligt förslag till strukturell omställning. Strukturförändringen innebär att den planerade vården förstärks i Falköping och Lidköping medan akutmottagning, intensivvårdsavdelningen och akutvården koncentreras till Skövde.

### **Produktion och vårdgaranti**

Styrelsen ska bedriva vård enligt uppdrag från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Under året har beläggningsgraden på sjukhusets disponibla vårdplatser varit hög. Inom somatisk vård har beläggningsgraden ett genomsnitt på 100 procent jämfört med målsättningen på 90 procent under året. Inom psykiatrisk vård låg beläggningsgraden på 90 procent under året.

Öppenvårdsproduktionen har minskat med drygt 9 000 besök eller 1,8 procent jämfört med 2022. Under 2023 har 600 fler operationer och 2 200 fler röntgenundersökningar utförts jämfört med 2022.

För helår 2023 avvek produktionen negativt för bas- och tilläggsuppdrag med 2 330 förstabesök. Inom operation och behandling ses en positiv avvikelse mot uppdrag på 850 operationer.

Den samlade måluppfyllelsen till förstabesök har haft en nedåtgående trend under året och uppgår i december till 65 procent. Tillgängligheten till operation och behandling har hållits uppe och ligger också på 65 procent. För barn- och ungdomspsykiatri är det skiftningar i antal väntande under året och per december är måluppfyllelsen endast 24 procent. Inom vuxenpsykiatri är det i slutet av året fler som väntat längre än gränsvärdet och måluppfyllelsen faller till 64 procent. Måltalet för total väntetid på akuten är att 90 procent av patienterna ska ha fått hjälp in inom fyra timmar men här redovisas endast en måluppfyllelse i december på 46 procent. Nedgången har skett samtidigt som akutverksamheten koncentrerats till Skövde där de flyttat in i det nya AS-huset (Akut- och Servicehuset).

## **Måluppfyllelse och rapportering av regionfullmäktiges mål**

Styrelsen har under 2023 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård
- Vara föregångare – VGR:s arbete ska ligga i framkant
- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om ett ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om något eget mål för 2023. Däremot har vi noterat att styrelsen beslutat om flera egna fokusområden. Fokusområden har bedömts i delårsrapportering och i årsredovisning i likhet med övriga mål och fokusområden.

I Koncernkontorets anvisning ”Rutin för nämnder och styrelser rapportering till koncernen i månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2023” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Prioriterade mål ska rapporteras per augusti med en prognos för helåret. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. För fokusområden rapporteras per april status för perioden samt prognos för helåret. Vid bedömning av måluppfyllelse ska följande punkter kommenteras:

- Kommentarer av utfall
- Analys, vid avvikelse förklara orsak till och konsekvenser av att mål inte uppnås
- Slutsatser

Vidare framgår av anvisningen att status på aktiviteter ska anges som pågående, planerad, pausad eller avslutad. En kortfattad redovisning ska lämnas om aktiviteterna genomförs eller har genomförts enligt plan och om önskad effekt uppnås.

Vi har noterat att måluppfyllelse för fokusområden och regionfullmäktiges mål rapporteras i enlighet med Koncernkontorets anvisning. Av rapportering av fullmäktiges prioriterade mål framgår en omfattande och fylld information. Det är dock svårt att för flera mål fullt ut utläsa varför de inte nås samt konsekvenser och slutsatser av detta. Vi ser positivt på att en del av rapporteringen tydliggjorts enligt anvisningar, bland annat mål gällande patientsäkerhet.

### **Personal**

Anställningsstopp infördes i mars 2023 på administrativa tjänster. Anställningsrestriktion har införts för övriga professioner och uppföljning av antal avgångar och rekryteringar har skett månadsvis.

Antalet nettoårsarbetare i december 2023 har minskat med 101 jämfört med föregående år. Sett till helåret har antalet nettoårsarbetare i genomsnitt varit 25 fler jämfört med föregående år.

Antalet övertidstimmar har minskat med 19 procent under 2023. Genomsnittlig personalomsättning uppgår till 12,1 procent. Ackumulerad sjukfrånvaro under 2023 uppgår till 7,8 procent vilket är en minskning med 0,4 procent.

### **Patientsäkerhet**

Patientsäkerhetsarbetet utgör en del av verksamheternas planering. Delvis genom det antagna fokusområdet *Förbättra patientsäkerheten och den medicinska kvaliteten*. Skaraborgs Sjukhus har antagit sjukhusspecifik handlingsplan för patientsäkerhet 2023–2024 med fyra identifierade grundläggande förutsättningar för att styra patientsäkerhetsarbetet. De fyra identifierade områdena har prioriterats fram utifrån den regionala patientsäkerhetsplanen samt de 151 patientsäkerhetsindikatorerna som mäts löpande i regionen. De fyra prioriterade områdena för Skaraborgs Sjukhus under året är;

1. engagerad ledning och styrning
2. en god säkerhetskultur
3. adekvat kunskap
4. kompetens och Patienten som medskapare.

Varje prioriterat område har tillhörande aktiviteter eller ”att göra”. Verksamhetschefer ansvarar för att aktiviteterna på ”att göra”-listan genomförs. Utvecklingsdialoger om kvalitet och patientsäkerhet med verksamhetsledningsgrupperna har återinförts för att följa upp arbetet vilket också utgjort en ”att göra”-aktivitet.

Kontroll och uppföljning till styrelsen sker huvudsakligen genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Inom verksamheter hålls utvecklingsdialoger om kvalitet och patientsäkerhet med verksamhetsledningarna. Dialoger har genomförts under vår och höst för att följa patientsäkerhetsindikatorerna samt pågående aktiviteter.

Styrelsen har inte antagit någon risk i intern kontrollplan för patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med patientsäkerhet är integrerat i flera delar av styrningen, delvis genom handlingsplan för patientsäkerhet, sjukhusbudget och verksamhetsplan.

Av de regiongemensamma patientsäkerhetsindikatorerna har sjukhuset enligt mål minskat den totala användningen av antibiotika och även andelen bredspektrumantibiotika inom sjukhusvård. Antibiotikaronder har införts och krisplaner för suicidprevention inom specialistpsykiatri har upprättats. Måluppfyllelsen för uppkomna trycksår under vårdtid och oplanerade återinläggningar har också ökat. Av de 151 regionala patientsäkerhetsindikatorerna har sjukhuset data för 51 indikatorer. Sjukhuset uppfyller målvärden för 37 procent av indikatorerna.

## **Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin**

Revisionen granskar varje år om styrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi. Med det menas om styrelsen har

- styrt verksamheten så att den bedrivs inom de ekonomiska ramarna
- en ekonomi i balans
- en heltäckande och kontinuerlig ekonomisk uppföljning
- vidtagit åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås
- ett eget kapital som motsvarar nivån som framgår av regionens regelverk

## **Resultat**

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi.

Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna.

## Resultat

Skaraborgs Sjukhus gjorde 2023 ett ekonomiskt minusresultat gentemot budget på 413 miljoner kronor vilket motsvarar en avvikelse i procent av omsättningen på 8,2 procent. Kostnadsutvecklingen för året uppgår till 5,7 procent och intäktsutvecklingen 1,2 procent.

Av årsredovisningen framgår att arbetsgivaravgifter inklusive skulduppräknings ger en kostnadsökning för 2023 på 128,1 miljoner kronor där 91 miljoner kronor beror på förändrad procentsats för arbetsgivaravgifter.

## Budget 2023

Skaraborgs Sjukhus gjorde 2022 ett ekonomiskt underskott på 177,6 miljoner kronor varav 141,0 miljoner kronor avskrevs efter beslut i regionfullmäktige den 18 april. Efter avskrivning kvarstod ett negativt eget kapital på 36,6 miljoner kronor som bör återställas inom tre år enligt regionfullmäktiges beslutade ekonomihandbok. Av fullmäktiges beslut om avskrivning framgår krav på en strikt budgetdisciplin 2023 och att beslutad åtgärdsplan verkställs. Enligt uppgift från sjukhuset och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden kommer en del av sjukhusens produktion över överenskomna bas- och tilläggsvolymerna inom tillgänglighetsområden att täckas av statsbidrag som fördelas i bokslutsdispositionerna.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus fattade beslut om detaljbudget 2023 den första december 2022, med målet om en budget i balans vid årets slut. Av regiongemensam rutin för detaljbudget 2023 framgår att detaljbudget ska vara i verksamhets- och ekonomisk balans samt att den ska vara realistisk. Detta gäller även budgeteringen av kostnader för inhyrd personal.

Skaraborgs Sjukhus detaljbudget 2023 förutsatte att sjukhuset minskade sina kostnader med 350 miljoner kronor under året, motsvarande åtta procent av omsättningen. I budgeten angav sjukhuset att det föreligger en mycket stor utmaning för att nå en ekonomi i balans samtidigt som uppdragen är i enlighet med regionfullmäktiges mål och vårdöverenskommelser samt att tilläggsuppdrag uppnås. Under året har effektiviseringskravet justerats upp till 450 miljoner kronor.

Skaraborgs Sjukhus budgeterar inte för inhyrd personal eller granskningstjänster. Vidare budgeteras det för en löneöversyn på två procent. I årsredovisningen framgår att personal avviker 259 miljoner kronor mot budget. Bemanningspersonal står för en avvikelse på 78 miljoner kronor mot budget och löner och sociala avgifter för 177 miljoner kronor, övriga personalkostnader avviker 4,5 miljoner kronor.

Av regionens delårsrapporter per augusti bedöms kostnadsökningen för sociala avgifter till 4,5 miljarder kronor. Enligt sjukhusets årsredovisning har löner och sociala avgifter totalt sett ökat med 7 procent för 2023.

### **Styrelsens vidtagna åtgärder**

Av vägledning för nämnder och styrelser arbete framgår att styrelsen ska driva verksamheten, uppmärksamma och omhänderta avvikelser från politiskt fattade beslut. Styrelsen ska själv initiera avstämning/dialog med regionstyrelsen eller andra berörda för att styrelsen ska kunna fullgöra sitt uppdrag med betoning på resultat och avvikelser avseende måluppfyllelse eller händelser av större vikt.

Under året har styrelsen på samtliga sammanträden fått återrapportering om ekonomi och verksamhet i månads- och delårsrapporter eller genom särskild uppföljning av åtgärdsplanen. I januari 2023 fattade styrelsen beslut om att be ägaren om stöd i att genomlysa den ekonomiska situationen för sjukhuset.

I mars fattade styrelsen beslut att genomföra åtgärder enligt åtgärdsplan ska återrapporteras månadsvis och att den ska innehålla rapportering av genomförda åtgärder på verksamhetsnivå, lista på åtgärder som föreslagits samt genomförandestatus på åtgärder. Beslutet av styrelsen medför en utökad uppföljning jämfört med den uppföljning av åtgärdsplan som beslutats i styrelsens interna kontrollplan för 2023.

I samband med marsmötet återrapporterades delegeringsärendet där styrelseordförande tagit beslut om anställningsstopp för administration inklusive vårdadministration samt anställningsrestriktion för övriga personalkategorier. Detta till följd av att verksamheter inte nått tillräckliga resultat i genomförande av åtgärdsplan i januari månad.

På sammanträdet i april presenterade Koncernkontoret ekonomigenomlysning av Skaraborgs Sjukhus. Föreslagna åtgärder i åtgärdsplan bedömdes som rimliga och genomförbara och inga ytterligare åtgärder för en ekonomi i balans presenterades. Samtidigt konstaterades en rad brister i styrelsens arbete med åtgärdsplan för ekonomi och verksamhet i balans. Bland annat hade ett stort antal beslutade åtgärder från 2021–2022 inte genomförts. Vidare konstaterades att ett stort antal åtgärder funnits med under en längre tid och redan var pågående, exempelvis åtgärder för att minska overtid. Planen för åtgärder bedöms även behöva konkretiseras och brytas ner i linjer med specificerat ansvar för genomförande för minskade kostnader vilket även revisionen konstaterat i granskning av åtgärdsplaner. Sammantaget bedömdes beslutad åtgärdsplan

sannolikt inte kunna leda till att omhänderta hela det bedömda underskottet.

Styrelsen fattade i samband med redovisad ekonomigenomlysning beslut om ett extrainsatt styrelsesammanträde den 17 maj. Därtill fattade styrelsen beslut om att tillskriva regionstyrelsen att målet om en ekonomi i balans under 2023 inte kommer att nås.

På styrelsens junisammanträde tillskrevs operativa hälso- och sjukvårdsnämnden om dialog gällande strukturella förändringar av utbudspunkter för att minska kostnader. Vidare tog styrelsen del av åiterrapportering av åtgärdsplan i juni och gav sjukhusdirektör i uppdrag att vidta ytterligare åtgärder för en ekonomi i balans.

I samband med att delårsrapport per april presenterades på sammanträde i maj justeras den ekonomiska prognosen för helåret till ett minusresultat om 375 miljoner kronor efter genomförda åtgärder. Styrelsen gav förvaltningen i uppdrag att ta fram ytterligare åtgärder utifrån förnyad prognos och sjukhusdirektör gav HR-chef och ekonomichef i uppdrag att ta fram förslag på ytterligare krav på verksamhetsområde och stab kopplat till bemanningsstyrning.

I augustis uppföljning av genomförda åtgärder enligt åtgärdsplan gav styrelsen i uppdrag åt sjukhusdirektören att redovisa vad det är som gör att verksamheten inte är i balans och återkomma med ytterligare förslag till åtgärder för en budget i balans. I september presenteras åtgärder som inte fått effekt. Utebliven effekt kopplat till övertid, personalomsättning och semesteruttag bedöms bero på vakansläge. Sjukfrånvaro och inflöde av patienter samt hög beläggning på slutenvårdsavdelningar uppges vara andra anledningar till att effekter uteblir.

I september presenteras förslag till strukturell omställning för att genomföra besparingar på bland annat lokalhyror till ett värde om 150 miljoner kronor. Styrelsen hade vid tidpunkten fått godkänt från operativa och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra förändringen. Styrelsen fattade beslut om utbudspunktsförändringar i september.

Styrelsen har under året fortsatt följa upp åtgärdsplan för ekonomin på varje sammanträde men inte fattat några ytterligare beslut.

### **Åtgärdsplan för ekonomi och verksamhet i balans**

Beslut om åtgärdsplan för ekonomi och verksamhet i balans fattades i samband med beslut om detaljbudget. Den totala effekten av ekonomiska åtgärder uppgick till 350 miljoner kronor varav 200 miljoner skulle

omhändertas av verksamheterna. En siffra som senare justerades upp till 300 miljoner kronor.

Av åtgärderna skulle 150 miljoner kronor omhändertas genom minskade hyreskostnader till följd av strukturella förändringar. Vi har noterat att styrelsen fattade beslut om strukturella förändringar i september vilket medför att prognosticerade effekter inte nås under 2023.

Skaraborgs Sjukhus har en ny organisation från och med 1 januari 2023 vilken varit en förutsättning för att ta fram åtgärdsplanen. Sjukhuset har etablerat en projektorganisation för att hålla ihop arbetet med verksamheternas åtgärdsplaner. Därtill finns ledningsutskott där läkarchefer har sjukhusövergripande ansvar för frågor som rör bemanning och vårdplatsnyttjande. Det finns vidare särskilda råd inom bland annat hjälpmedel, läkemedel och laboratoriemedicin som tagit fram förslag till målvärde för verksamhetsområdena.

Verksamhetsområdena har bedömt och redovisat åtgärder för sjukhusdirektör som fastställt åtgärder som grund för åtgärdsplan. I början av mars 2023 fanns beslutade effektiviseringskrav för verksamheterna omfattande 196,9 miljoner kronor. Sjukhusledningen bedömde att 164 miljoner kronor av dessa kunde uppnås. Åtgärdsplanen omfattade således inte hela det bedömda underskottet.

Under året har vi noterat att verksamheterna löpande visat lägre hemtagning än förväntat. Uppföljning av åtgärdsarbetet per december månad visar en uppnådd kostnadseffekt på drygt 125 av 350 miljoner kronor.

## Rekommendationer

Revisionen rekommenderar styrelsen för Skaraborgs Sjukhus att

- vidta konkreta åtgärder för en ekonomi i balans som är tydligt målsatta inom en tidsatt period och att följa upp dessa.

## Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll

Revisionen granskar varje år om styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen är tillräcklig. Granskningen omfattar om

- det finns ett systematiskt arbete med styrning och intern kontroll
- det finns en riskhantering och kontroller inom väsentliga områden
- arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del av organisationen, systemen och det löpande arbetet
- det finns en uppföljning av styrningen och den interna kontrollen.

### Resultat

Vi bedömer att styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Styrelsen har en rutin för arbetet med intern kontroll. Riskidentifieringen vilar på ett mindre antal styrelseledamöter och tjänstepersoner. Vid beslut om plan för internkontroll har styrelsen tillsammans beslutat om att minska antalet risker samt bedömningen av dem. Det innebär att det blir en tydligare koppling till kontrollerna som i beslutad intern kontrollplan för 2024 fått beskrivning av vad som ska kontrolleras även om beskrivningarna bör stärkas avseende hur det ska kontrolleras.

Styrelsen följer beslutad plan för återrapportering. Kontrollerna visar på brister men i uppföljningen beskrivs vilka åtgärder som krävs. Under 2024 bör styrelsen utvärdera sitt arbetssätt kring intern kontroll.

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

Revisionen har granskat styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (diarienummer REV 2023–00098). Granskningen genomfördes i samarbete med revisionsbyrån KPMG. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som fastställts av revisorskollegiet den 13 december 2023. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

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;

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

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.

Granskningen har avgränsat till 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 styr- och ledningen och genom granskning av stickprov av organisatoriska vårdproducerande enheter inom sjukhusförvaltningarna, kvinnosjukvård och ortopedi. Urvalet har baserats dels på vårdområden med bristande måluppfyllelse av tillgänglighet till första besök för patienter och bristande tillgänglighet till inledande behandling enligt gällande vårdgarantier för sjukhusvård, dels av vårdområden som omfattar större patientgrupper.

Regionstyrelsen har granskats avseende styrning och ledning inom sitt ansvar för uppsikt och sitt ansvar för övergripande och samordnade

vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i förhållande till ansvariga sjukhusstyrelser och granskningens stickprov (vårdområden kvinnosjukvård och ortopedi).

Västra Götalandsregionens styrning av vårdproduktion ska ske med samordning mellan sjukhus i egen regi vilket har beaktas i vår granskning av sjukhusstyrelser samt regionstyrelsen.

## Bakgrund

Revisorskollegiet har i revisionsplan 2023 med inriktning för 2024–2025 identifierat en revisionsrisk avseende de svårigheter som Västra Götalandsregionen har med att säkerställa kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården, vilket i sin tur 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.

Regionfullmäktige anger i Budget 2023 Västra Götalandsregionen och plan för ekonomi 2024–2025 att kompetensförsörjning är en högt prioriterad strategisk fråga för Västra götalandregionens 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 bemannings- och kapacitetsplanering på 1–3 års sikt är en viktig förutsättning för att säkerställa en tillräcklig vårdproduktion ställd till vårdbehovet i länet. Fullmäktige anger i budgeten att det under 2023–2025 fordras ett fortsatt arbete kring förändrade arbetsätt med ett tydligt fokus på bemannings- och kompetensplanering utifrån ett verksamhetsperspektiv för att skapa förutsättningar för ökad vårdproduktion, ökad vårdkvalitet och resurseffektivitet.

## Resultat

Revisionen gör den samlade bedömningen 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.

Granskningen har visat att

- ansvariga sjukhusstyrelser i allt väsentligt har utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion enligt sina respektive ansvar i reglemente. Granskningen visar på brister i sjukhusstyrelsernas styrning och ledning för att säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen mellan Västra Götalands sjukhus i egen regi, utifrån sjukhusstyrelsernas ansvar i reglemente att verka för samordning i hälso- och sjukvården.
- ansvariga sjukhusstyrelser delvis har säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och internkontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion har tillämpats inom förvaltningen. Det saknas gemensamma arbetssätt inom utförarförvaltningarna för arbetet med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt att förvaltningarna, eller åtminstone verksamheterna inom respektive förvaltning, arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.
- regionstyrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i egen regi. Samordningen av Västra Götalandsregionens produktion av sjukhusvård i egen regi fungerar inte tillfredställande. I granskningen framkommer även att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter inte tas tillvara på ett tillfredställande sätt i Västra Götalandsregionens processer för uppdragsstyrning av vårdproduktion till sjukhusen.

## Rekommendationer

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till ansvariga styrelser med anledning av granskningen av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 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.

## Granskning av närsjukvårdsteam

Revisionen har granskat närsjukvårdsteam 2023. Granskningen syftar till att bedöma effektiviteten av närsjukvårdsteam som en metod för att bistå multisjuka äldre patienter.

Granskningen omfattade närsjukvårdsteam inom Skaraborgs Sjukhus.

## Bakgrund

Omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen har pågått ett antal år och en inriktning handlar om nära vård. Där är en del att multisjuka äldre personer ska kunna få hjälp med vård i hemmet i stället för att behöva åka till akutmottagningen med stor påverkan på patientens livssituation. För sjukhuset handlar det om att effektivt behandla patienten utan en resurskrävande inskrivning.

## Resultat

Den verksamhet som bedrivs inom sjukhuset idag utgår från regionfullmäktiges mål om nära vård som inkluderar förstärkning av mobil vård. Formellt är vården beställd i vårdöverenskommelsen med östra hälso- och sjukvårdsnämnden som övertagits av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sjukhuset har sedan 2020 ett team som arbetar på uppdrag från hela sjukhuset. Uppdraget har utökats och gäller dag, kväll och helg. De möter de behov som finns idag och har även kunnat stötta hemsjukvården.

Det saknas tillräcklig forskning och mätning av resultat ur olika perspektiv för att verifiera om det är effektivt med närsjukvårdsteam. Det är därför svårt att bedöma i vilken omfattning vården ska ges och till vilka patientgrupper. Ur patienternas perspektiv är det positivt, det skapar trygghet och minskat lidande. Sjukhuset hoppas att de framöver på ett tillförlitligt sätt ska kunna mäta närsjukvårdsteamets kostnadseffektivitet men ser dagligen att många besök på akuten och inläggningar har kunnat undvikas.

## Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar följande:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

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

Revisionen lämnar följande rekommendationer till styrelsen att omhänderta

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder.

Från och med 2024-01-01 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet.

- Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

I slutet av 2023 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

## **Granskning av delårsbokslutet**

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

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

## **Granskning av årsbokslutet**

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2023 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

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

## Uppföljning av rekommendationer

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

## Uppföljning av informations- och cybersäkerhet

Revisionen granskade 2022 Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet.

Vi har i år följt upp rekommendationerna som lämnades till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus genom att ta del av det svaret styrelsen fastställde 23 mars 2023, intervju med förvaltningschef, dialog med styrelsen samt svaret på den begäran om skriftligt svar på nuläge som inkom 9 januari 2023.

Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen som har besvarats enligt nedan:

1. Upprätta förvaltningsspecifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs.

Enligt sjukhuset har den regionala avdelningen för säkerhet och beredskap (ESB) ett pågående arbete där de tar fram rutiner för informationssäkerhet och dataskydd. Avsikten är att dessa även ska täcka det lokala behovet. Skaraborgs Sjukhus informationssäkerhetsorganisation implementerar ledningssystemets rutiner och mallar vartefter de blir tillgängliga. Gällande behörighetshantering kommer regionen initiera ett arbete för förenkling och automatisering. Det ska bli "en väg in" där alla typer av behörigheter får en central hantering vilket också möjliggör kontroll av behörigheter. Skaraborgs Sjukhus kommer ta fram förvaltningsspecifika rutiner avseende behörighetshantering när det regionala arbetet är klart.

Revisionen bedömer att rekommendationen är delvis omhändertagen och därför kvarstår. Det finns en plan för genomförande men den är beroende av regionala aktiviteter under 2024.

2. Säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp.

Skaraborgs Sjukhus bedriver tillsammans med ESB ett arbete för att den regionala "Lärportalen" (regionens digitala lärmiljö för

kompetensutveckling och lärande) ska skicka ut regelbundna påminnelser om de obligatoriska informationssäkerhetsutbildningarna. Sjukhuset har även inlett ett arbete inom HR för att utbildningarna ska följas upp vid utvecklingssamtal. För att se att utbildningarna faktiskt genomförs krävs att det mäts vilket nu har startat.

Revisionen bedömer att rekommendationen är delvis omhändertagen och därför kvarstår. Arbete pågår som är i linje med rekommendationen men än så länge kan resultaten inte utläsas.

3. Upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident samt säkerställa att dessa testas med regelbundenhet.

Enligt mottaget svar ska informationsägare vid upprättande av kontinuitetsplaner erbjudas stöd gällande informationssäkerhet och dataskydd. Arbetet planeras att införas under 2024.

Revisionen bedömer att rekommendationen inte omhändertagits. Kontinuitetsplaner ska finnas och arbetet planeras att genomföras 2024.

4. Vidta åtgärder i syfte att stärka uppföljningsarbetet samt upprätta former för kontinuerlig återrapportering till styrelse av det informationssäkerhetsarbete som bedrivs.

En rapportering av informationssäkerhetsarbetet gjordes till styrelse och sjukhusledning i slutet av november. Enligt plan ska rapportering till styrelsen göras minst en gång per år framöver. Även om detta inte har varit standardiserat tidigare har rutinen varit att allvarliga incidenter rapporteras skyndsamt till sjukhusledning och styrelse.

Revisionen bedömer att rekommendationen är omhändertagen. Rekommendationen syftade till att säkerställa att styrelsen får nödvändig information vilket nu är implementerat.

5. Att även säkerställa att riskbedömning och informationsklassning genomförs av den information som hanteras inom styrelsens verksamhet

Informationsklassning och riskbedömning av tjänsten SimCapture och simuleringsdockor har genomförts vid nyetablerat kliniskt träningscentrum. Genomförandet har kombinerats med ett lärande för kommande klassningar och riskbedömningar.

Revisionen bedömer att rekommendationen är omhändertagen. Det har tagits fram en metod för informationsklassning och riskbedömning som också har använts.

## Uppföljning av granskning avseende måluppfyllelse verksamhet

Revisionen granskar årligen styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten. Granskningen 2022 resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål samt utveckla sin bedömning av måluppfyllelsen för verksamheten i enlighet med koncernens anvisning.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning. Under året har styrelsen brutit ned antagna fullmäktigemål och konkretiserat dessa med indikatorer i verksamhetsplaner. Regelbunden uppföljning sker av verksamheters måluppfyllelse, produktion och ekonomi inom förvaltningen.

I delårsrapporter och årsredovisning till styrelsen följs inte rutin fullt ut.<sup>2</sup> Det framgår exempelvis inte varför mål inte har uppnåtts och vilka konsekvenser detta medför. Dessutom saknas information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra måluppfyllelsen. Likaså framgår det inte vad konsekvenserna kan bli om planerade aktiviteter inte genomförs som planerat.

Revisionen ser positivt på att styrelsen stärkt sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål. Styrelsen bör vidta ytterligare åtgärder för att utveckla bedömningen av måluppfyllelsen i enlighet med rutin.

Revisionen bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationen.

---

<sup>2</sup> Rutin för nämnders och styrelsers rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2023 (RS 2022-02773)

## Uppföljning av beredning av beslutsunderlag

Revisionen granskade 2022 styrelsens beslutsfattande och beslutsunderlag. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att beslutsunderlag är tillräckligt tillfredställande för att styrelsen ska kunna fatta välgrundade beslut och för att allmänheten ska förstå ärendenas innehåll.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning. Uppföljningen visar att beslutsärenden har beretts med större transparens och uppfyller ärendehandbokens krav vad gäller formalia och innehåll.

Revisionen bedömer att styrelsen omhändertagit rekommendationen.

## Uppföljning av granskning avseende hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov

Revisionen granskade 2022 tillgänglighet till vård och behandling utifrån hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med sjukhusets presidium och sjukhusledningen samt tagit del av rapportering. För information om årets revision gällande vårdproduktion och tillgänglighet se ”Granskning av styrelsens uppdrag” och rubriken ”Produktion och vårdgaranti”.

Revisionen bedömer att styrelsen stärkt sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti och omhändertagit rekommendationen.

## Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade 2022 om styrelsens arbete för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning. Styrelsen har genomfört väsentliga förbättringar i arbetet med åtgärdsplan för ekonomi i balans. En gemensam projektledning för koordinerat genomförande av ekonomiska åtgärder har införts och särskilda ledningsutskott där läkarcheferna har ett sjukhusövergripande ansvar för vissa frågor som till exempel bemanning och vårdplatsnyttjande har inrättats.

Styrelsen har under året månatligen följt upp den ekonomiska utvecklingen och löpande fattat beslut om korrigerande åtgärder. Sjukhuset har även vidtagit åtgärder för att delaktiggöra hela sjukhuset i förändringar. Uppföljning har skett av åtgärder på verksamhetsnivå. Verksamhetsområdenas påverkningbara kostnader har fastställda effektiviseringskrav vilka i flera fall tagits fram genom interna kunskapsråd

och beslutats av sjukhusdirektör. Råden ska vara ett stöd till verksamheterna genom bland annat samordning för att minska kostnader.

Vi har dock noterat att åtgärder för en budget i balans under 2023 har varit pågående under flera år och inte realiserats i full utsträckning. Exempelvis utfasning av bemanningsföretag och minskning av övertid. Därtill av återrapportering av åtgärdsplanens effekter i september månad framgår bland annat att ambitionen att delta i kliniska läkemedelsstudier för att sänka kostnader inte har skett. Dessutom togs åtgärden om minskade driftstider för ambulans bort då åtgärden inte bedömdes vara genomförbar.

Tydliga förbättringar har genomförts i utformning, uppföljning och rapportering av ekonomin. Trots detta har verksamheter genomgående inte levererat enligt förväntan. Sjukhuset gjorde ett ekonomiskt underskott på 413 miljoner kronor med bedömda ekonomiska effekter av åtgärdsplan för ekonomi i balans på 125 av 300 miljoner kronor.

Inom omställningen har styrelsen givit sjukhusdirektör i uppdrag att ta fram tydliga mätbara mål och fått detta återrapporterat. Därtill har samverkan med primärvård och kommuner skett via Vårdsamverkan Skaraborg, tvåpartssamverkan Skaraborgs Sjukhus/primärvården, dialogmöten med kommuner och primärvård och gemensamma möten mellan medicinska råden för sjukhuset och primärvården. Det planeras även för större möten med utvalda chefer från kommuner, sjukhuset och primärvården.

Sjukhuset har även tillsatt en digitaliseringsstab med ansvar att leda och genomföra omställningen.

### **Revisionen bedömer att styrelsen**

- **omhändertagit** rekommendationen med att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- **Omhändertagit** rekommendationen att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi.
- **Omhändertagit** rekommendationen att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet.

- **Omhändertagit** rekommendationen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.
- **Inte fullt ut omhändertagit** rekommendationen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen. Revisionen kommer dock fortsätta följa hur samverkan vidareutvecklas under 2024.
- **Inte omhändertagit** rekommendationen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus.

## Uppföljning av granskning avseende ekonomin

Revisionen granskade 2022 styrelsens arbete med ekonomin. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning.

**Revisionen bedömer** att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Skaraborgs Sjukhus gör ett ekonomiskt underskott på 413 miljoner kronor. Styrelsen har dock fattat en rad beslut under året om att öka takten i arbetet med en ekonomi i balans men inte konkretiserat hur detta ska genomföras. Vi bedömer att styrelsen vid korrigerande beslut bör fastställa konkreta mål inom en tidsatt period, följa upp dessa och vid behov fatta beslut om konkreta korrigerande åtgärder.

För vidare information om årets revision gällande ekonomin se ”Granskning av styrning, uppföljning och rapportering om ekonomin”.

## Uppföljning av granskning avseende intern styrning och kontroll

Revisionen granskade 2022 styrelsens arbete med intern styrning och kontroll. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att i arbetet med intern styrning och kontroll utveckla riskanalys och kontroller.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelsen. Styrelsen noterade i sin uppföljning av 2022 års internkontroll att brist på strukturerad uppföljning påverkat vissa kontrollmoment.

Revisionen noterar att den interna styrningen och kontrollen förtydligats för 2023, huvudsakligen inom områden som berör ekonomi och produktion. Vi noterar dock att vissa risk- och kontrollmoment kan förtydligas för att styrelsen vid behov ska kunna fatta kompletterande beslut. Här kan styrelsens systematik i arbetet med åtgärdsplan för ekonomi i balans utgöra ett gott exempel på hur övrig styrning kan utformas.

Revisionen bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationen.

## **Uppföljning av granskning avseende återbesök i specialiserad vård**

Revisionen granskade 2022 vård och uppföljning i form av återbesök till specialiserad vård. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelserna att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov.
- Revisionen rekommenderar styrelserna att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Vi har i år följt upp rekommendationer genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning. Revisionen har även mottagit styrelsens skriftliga svar på lämnade rekommendationer. Vi har noterat att styrelsen vidtagit åtgärder för att följa måluppfyllelsen för återbesök eller efterföljande besök. Ett kvalitetsarbete inriktat mot väntelistor för efterföljande besök har även införts för korrekt rapportering till Sveriges Kommuner och Regioner.

Revisionen bedömer att styrelsen omhändertagit rekommendationerna.

## **Uppföljning av granskning avseende systematiskt arbetsmiljöarbete**

Revisionen granskade 2022 det systematiska arbetsmiljöarbetet. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att samtliga verksamheter genomför årlig skyddsron.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med ledning.

Sjukhuset har sedan den 1 januari 2023 infört en ny organisation och skyddsroner har införts i större omfattning. Inom psykiatrin genomförs skyddsroner veckovis. Arbete pågår med att systematiskt genomföra skyddsroner hos övriga verksamheter i större omfattning. Central arbetsmiljökommitté möts varje onsdag under perioden september 2023 till mars 2024 för att följa utvecklingen av strukturförändringar.

Arbete med att integrera det systematiska arbetsmiljöarbetet i Plan och Styr pågår för att förenkla uppföljning och planering pågår.

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut omhändertagit rekommendationen.

## **Uppföljning av granskning avseende intern kontroll i redovisningsrutiner**

Revisionen granskar årligen styrelsens arbete med intern kontroll i redovisningsrutiner. Granskningen 2022 resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder infogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen
- Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det inte är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorder, exempelvis via

stickprovskontroll, så att godkännande och attest inte sker av samma person

Vi har i år följt upp rekommendationer genom att ta del av revisorernas rapportering och information från Koncernkontoret se ” Granskning av årsbokslutet”.

## **Uppföljning av granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga**

Revisionen granskade 2021 tillgängligheten till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning, enkät och i dialog med ledning och styrelsens presidium. Styrelsen har månatligen fått information om tillgänglighet för första besök, utredning och behandling redovisad på sammanträden.

”En väg in” har medfört tydliga remisskriterier men det har tagit tid för remitterande verksamheter att hitta rätt nivå. Sjukhuset har noterat att kvaliteten på remisserna förbättrats och att fler remisser accepteras av verksamheterna. Det bidrar i sin tur till en mer jämlik hantering men tyvärr har det fått konsekvensen att kommunikationen med vårdgrannarna försämrats. Exempelvis har Närhälsan svårigheter med att få information gällande de patienter som skickas tillbaka då de bedömts ha lindrigare besvär eller i väntan på specialiserad vård. Tillgänglighetssiffrorna visar att måluppfyllelsen fortsatt är låg och köerna består även om det är viss variation under året.

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut omhändertagit rekommendationen.

## Det kommunala ansvarssystemet

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

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

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

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

En viktig del 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 verksamheterna.

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

## Om revisionen

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 lekmanarevisorer, 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 lekmanarevisorerna motsvarande uppdrag.

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

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

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

Mer information om kommunal revision hittar du på Sveriges Kommuner och Regioners hemsida: [www.skr.se](http://www.skr.se).

## Regionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, kultur 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.

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 regionens sjukhus, 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 i Västra Götaland samt med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.

Diarienummer: REV 2023-00040

### **Revisionsberättelse 2023 för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus**

Vi, revisorer utsedda av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2023.

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

Vårt ansvar är att granska verksamheten, den interna kontrollen och räkenskaperna samt att pröva om verksamheten bedrivs enligt regionfullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisionen. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för vår bedömning och ansvarsprövning.

Vår bedömning är att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt men att den interna kontrollen varit tillräcklig.

Mot bakgrund av de betydande brister vi har funnit riktar vi kritik mot styrelsen i form av en *erinran*.

Vår kritik i form av en *erinran* riktar sig mot följande ansvarsprövningsgrunder enligt god revisionsred i kommunal verksamhet:

- Bristande måluppfyllelse gällande ekonomi –

Granskningen visar att det finns brister avseende att uppnå ekonomi i balans. Styrelsen har följt den ekonomiska utvecklingen under året och har beslutat om åtgärder men styrningen har inte fullt ut varit tillräcklig för att få önskad effekt med följd att styrelsen för 2023 redovisade ett betydande underskott. Avvikelsen är - 328 MSEK mot budget och en avvikelse om 7,6 % i förhållande till omsättning. Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut skött ekonomin på ett ekonomiskt tillfredställande sätt.

- Bristande måluppfyllelse gällande verksamhet –

Vi bedömer att styrelsen inte fullt producerat vård enligt vårdöverenskommelsen. Styrelsen har inte heller fullt ut nått regionfullmäktiges prioriterade mål avseende tillgängligheten.

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

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

Årets granskning redovisas i den revisionsrapport som bifogas. Vi vill att styrelsen beaktar de rekommendationer som vi lämnar med anledning av granskningen.

Vänersborg den 20 mars 2024

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport  
2024-03-20

# Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

– granskning av verksamhetsåret 2023

Datum: 2024-03-20

Rapport: Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2023  
Diarienummer: REV 2023-00040

Granskningarna har genomförts av yrkesrevisorer på revisionsenheten i Västra  
Götalandsregionen, revisionsbyrån Deloitte och revisionsbyrån KMPG.

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

# Innehåll

Läsanvisning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	4
Rekommendationer.....	5
Granskning av styrelsens uppdrag .....	7
Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.....	11
Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll .....	15
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering ... ..	16
Granskning av Program Millennium.....	19
Granskning av närsjukvårdsteam .....	21
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner .....	23
Granskning av delårsbokslutet.....	24
Granskning av årsbokslutet.....	24
Uppföljning av rekommendationer .....	25
Det kommunala ansvarssystemet.....	32
Om revisionen .....	33
Regionen i korthet .....	34

## Läsanvisning

I den här revisionsrapporten redovisar vi den granskning som revisionen har genomfört under 2023 avseende styrelsen.

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

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

Rapporten är indelad i tre delar. Vi hoppas att den ska ge dig som läsare en god bild av hur vi anser att styrelsen har genomfört och tagit ansvar för sitt uppdrag under 2023.

\*

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

Sedan kommer vi till *den andra delen*: resultatet. Där går vi igenom de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna i de granskningar vi har genomfört. Vi redogör även för den uppföljning av rekommendationer som vi har gjort under 2023.

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

## Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

Sammanfattningsvis efter 2023 års granskning bedömer vi att styrelsen inte fullt ut har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt men att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar att det finns brister/förbättringsområden inom verksamhetens måluppfyllelse, tillgänglighet samt ekonomistyrning.

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

## Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

**Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer**

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning – ekonomi (sidorna 11–14)	Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta konkreta åtgärder för en ekonomi i balans som är tydligt målsatta inom en tidsatt period och att dessa följs upp (2023).
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (sidorna 16–19)	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion (2023)</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. (2023)</p>
Fördjupad granskning – Millennium (sidorna 19–21)	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen (2023)</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet. (2023)</p>
Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner (sida 23)	Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Från och med 2024-01-01 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet. (2023)

Forts. Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner (sida 23)	Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen. (2023)
Uppföljning av granskning av effekter av åtgärdsplaner (sidorna 26–28)	Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus (2022).  Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).
Uppföljning av granskning av personsäkerhet (sidorna 29–30)	Revisionen rekommenderar styrelsen att verka för att det finns en riskhantering som säkerställer att risker för hot och våld inom sjukhusets verksamheter minimeras (2022).
Uppföljning av rekommendation avseende granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga (sida 31)	Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021).

## Granskning av styrelsens uppdrag

Revisionen granskar varje år om styrelsen har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Med ändamålsenligt sätt menas om styrelsen har

- genomfört uppdraget utifrån det reglemente som gäller för styrelsen samt de lagar som styr styrelsens uppdrag
- styrt verksamheten utifrån regionfullmäktiges prioriterade mål
- agerat vid bristande måluppfyllelse
- sett till att processer av olika slag finns för planering, genomförande, organisering, uppföljning och förbättring

## Resultat

Vi bedömer att styrelsen inte fullt ut har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

### Ledningssystem

Södra Älvsborgs Sjukhus har implementerat ett nytt ledningssystem med fokus på verksamhetsstyrning för att uppnå ekonomisk balans och effektiv verksamhet. Det nya systemet baseras på nio verksamhetsområden och styrs av en övergripande målbild i verksamhetsplanen 2022–2025, framtagen av koncernledningen inom hälso- och sjukvård. Denna målbild har varit vägledande för att identifiera kapacitetsbrister, och verksamheterna har planerat och presenterat aktiviteter för att uppnå balans i verksamhet och ekonomi för styrelsen utifrån denna. Verksamhetsplanernas aktiviteter följs på veckobasis, och ekonomichefen är ansvarig för detta. Till sjukhusledning och verksamheter finns sex stödjande styrråd.

Under året har arbete pågått med att utveckla processer och hitta gränsöverskridande samarbeten för att stödja verksamhetsområden. De stödjande styrråden hjälper verksamhetsområden i kvalitetsarbetet med att bland annat minska ledtider, förbättra ekonomin och uppfylla produktionskrav. Styrråden i sig har uppsatta mål som avrapporteras i månads- och delårsrapporter vilka grundar sig i aktiviteter i verksamhetsplanen som identifierats av sjukhusets verksamheter.

Styrråden har uppsatta mål vilka rapporteras i delårsrapporter april och augusti. Av rapporteringen bedöms inget styrråd nå uppsatta målområden.

I årsredovisningen har rapportering av styrråds måluppfyllelse förenats med rapporteringen av regionfullmäktiges prioriterade mål.

### **Produktion och vårdgaranti**

Styrelsen ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelsen. Under året har beläggningsgraden för somatisk vård i snitt legat över 100 procent jämfört med målsättningen på 90 procent. Beläggningsgraden för psykiatri har legat runt 65 procent under året.

Vi har noterat att Södra Älvsborgs Sjukhus inte når måluppfyllelsen för produktion inom samtliga områden. Måluppfyllelsen för första besök inom somatik uppgår till 100 procent, men inom operation är måluppfyllelsen jämfört med plan för bas- och tilläggsvolym 90 procent.

För förstabesök psykiatri är måluppfyllelsen 87 procent jämfört med plan för bas- och tilläggsvolym. Vi har noterat att Södra Älvsborgs Sjukhus måluppfyllelse för utredning och behandling inom psykiatri uppgår till 109 procent, med en positiv avvikelse inom behandling och negativ avvikelse inom utredningar.

Vi har noterat att måluppfyllelsen för köpt vård uppgår till 82 procent för förstabesök samt 77 procent av operation, undersökning och utredning.

Den samlade måluppfyllelsen inom vårdgarantin till förstabesök har haft en stabil trend under året och uppgår i december till 64 procent.

Tillgängligheten till operation och behandling har förbättrats ligger på 66 procent vid årets slut. För barn- och ungdomspsykiatri är det en kraftig nedgång av antalet väntande men måluppfyllelsen blir per december endast 27 procent. Inom vuxenpsykiatri är det i slutet av året fler som väntat längre än gränsvärdet och måluppfyllelsen faller till 65 procent. Målet för total väntetid på akuten är att 90 procent av patienterna ska ha fått hjälp inom fyra timmar men här redovisas endast en måluppfyllelse på 52 procent.

### **Måluppfyllelse och rapportering av regionfullmäktiges mål**

Styrelsen har under 2023 valt att arbeta med följande prioriterade mål:

- Vara föregångare – VGR:s eget arbete ska ligga i framkant
- Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- Invånarnas tillgång till den vård de behöver ska öka
- Primärvården ska bli den naturliga ingången för personer i behov av vård

- Skapa attraktiva arbetsplatser och förbättra möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling
- Säkra behovet av återhämtning och avlastning samtidigt som köer betas av

Utöver regionfullmäktiges mål får styrelsen även besluta om *ett* ytterligare prioriterat mål, anpassat till det egna uppdraget. Styrelsen har inte beslutat om något eget mål för 2023. Däremot syftar verksamhetsplanen till att uppfylla mål inom flera olika målområden och anpassas därefter till regionfullmäktiges prioriterade mål.

I Koncernkontorets anvisning ”Rutin för nämnder och styrelser rapportering till koncernen i månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2023” framgår hur bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Prioriterade mål ska rapporteras per augusti med en prognos för helåret. Om uppföljningen visar på avvikelse mot mål ska åtgärder för ökad måluppfyllelse redovisas. För fokusområden rapporteras per april status för perioden samt prognos för helåret. Vid bedömning av måluppfyllelse ska följande punkter kommenteras:

- kommentar av utfall
- analys, vid avvikelse förklara orsak till och konsekvenser av att mål inte uppnås
- slutsatser.

Vidare framgår av anvisningen att status på aktiviteter ska anges som pågående, planerad, pausad eller avslutad. En kortfattad redovisning ska lämnas om aktiviteterna genomförs eller har genomförts enligt plan och om önskad effekt uppnås.

Vi har noterat att måluppfyllelse för den övergripande verksamhetsplanen och regionfullmäktiges prioriterade mål rapporteras separat i delårsrapportering och i årsredovisning. Av rapporteringen av fullmäktiges prioriterade mål framgår genomförda aktiviteter, kommentar av utfall, analys och slutsats i enlighet med rutin för rapportering. Av årsredovisningen bedöms ett mål och fokusområde som uppfyllt samt ett fokusområde som inte uppfyllt. Resterande mål och fokusområden bedöms som delvis uppfyllda.

### **Personal**

Antalet nettoårsarbetare är 53 fler än föregående år, antalet anställda är 34 fler. Detta trots en ökad restriktivitet gällande rekryteringar för fokus på

intern rörlighet. Antalet nettoårsarbetare har ökat bland annat till följd av minskad frånvaro och att antalet som arbetar heltid ökat.

Efter styrelsebeslut i augusti om ytterligare åtgärder för ekonomi i balans minskade kostnaderna för övertid. Sammanlagt minskade kostnaderna för övertid med 12 procent över året och arbetade övertidstimmar har minskat. Kostnaderna för bemanningsföretag har under året minskat med 10 miljoner kronor jämfört med föregående år, men avviker negativt gentemot budget med 55 miljoner kronor.

### **Patientsäkerhet**

Södra Älvsborgs Sjukhus har under året introducerat ett mer sammanhållet kvalitetsledningssystem. Patientsäkerhetsarbetet har integrerats i den övergripande styrningen för en verksamhet och ekonomi i balans och baseras på nationella och regionala riktlinjer för patientsäkerhet.

Regionala indikatorer har fördelats över flera styrråd, där bland annat styrråd akutvård och styrråd vårdplatser har specifika ansvarsområden för att stödja verksamhetsområden i att minska medelvårdtid och beläggningsgrad. Varje verksamhetsområde har patientsäkerhetsteam på plats och deras arbete med patientsäkerhet följs upp månatligen. Ett särskilt styrråd för patientsäkerhet och kvalitet startades upp i december 2023 för att vidareutveckla kvalitetsledningssystemet och inkludera kvalitetsindikatorer för medicinska processer.

Verksamhetsområdeschefer har ansvaret för att säkerställa att medarbetare följer reglerande lagar, föreskrifter och riktlinjer, inklusive Gröna korset, dagligt förbättringsarbete, avvikelshantering och kvalitetsuppföljning. Sjukhusets processledare har ett övergripande ansvar för att skapa förutsättningar för hög patientsäkerhet, medicinsk kvalitet och evidensbaserad vård.

Patientsäkerhet integreras dagligen genom Gröna korset, vilket ger underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete. Systematiken innebär daglig identifiering av risker för vårdskador, allvarlighetsbedömning och rapportering i databasen. Vid allvarligare risker involveras patienter eller närstående, och förbättringsåtgärder implementeras som en del av det dagliga arbetet.

Sjukhusdirektören har det övergripande ansvaret för sjukhusets patientsäkerhetsarbete, där chefläkare som är ordförande för styrråd Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet är huvudansvarig uppgiftstagare och direkt underställd direktören. Chefläkaren är en del i sjukhusets övergripande ledning och deltar vid sjukhusledningens möten. Uppföljning

av patientsäkerhetsarbetet sker genom patientsäkerhetsberättelsen, regional controlling och möten för funktionsgrupp chefläkare. Styrelsen erhåller redovisningar via månads- och delårsrapporter.

I årsredovisning redovisas två av regionfullmäktiges indikatorer, antibiotikabehandling vid allvarlig sepsis och oplanerade återinskrivningar efter slutenvård. Av statistiken framgår att oplanerade återinskrivningar under året legat lägre jämfört med föregående år men ökat under oktober och november månad.

## Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin

Revisionen granskar varje år om styrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi. Med det menas om styrelsen har

- styrt verksamheten så att den bedrivs inom de ekonomiska ramarna
- en ekonomi i balans
- en heltäckande och kontinuerlig ekonomisk uppföljning
- vidtagit åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås
- ett eget kapital som motsvarar nivån som framgår av regionens regelverk

## Resultat

Vi bedömer att styrelsen har en heltäckande och kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering men att styrelsen inte fullt ut har en ändamålsenlig styrning av sin ekonomi. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

### Resultat 2023

Södra Älvsborgs Sjukhus gjorde 2023 ett ekonomiskt minusresultat gentemot budget på 328 miljoner kronor vilket motsvarar en avvikelse i procent av omsättningen på 7,6 procent.

### Budget 2023

Södra Älvsborgs Sjukhus gjorde 2022 ett ekonomiskt underskott på 88,1 miljoner kronor varav 66 miljoner kronor avskrevs efter beslut i

regionfullmäktige. Av fullmäktiges beslut om avskrivning framgår krav på en strikt budgetdisciplin 2023 och att beslutad åtgärdsplan verkställs.

Efter avskrivning kvarstod ett negativt eget kapital att återställa inom 3 år enligt regionfullmäktiges beslutade ekonomihandbok. Styrelsen beslutade i samband med detaljbudget att negativt eget kapital skulle återställas först 2024.

Av regiongemensam rutin för detaljbudget 2023 framgår att detaljbudget ska vara i verksamhets- och ekonomisk balans samt att den ska vara realistisk.

Av sjukhusets antagna detaljbudget framgår ett balanserat ekonomiskt mål men med en prognos om ett minusresultat på 80 miljoner kronor per helår. I budgeten prognosticeras den totala ekonomiska utmaningen till 250 miljoner kronor för 2023 vilket förutsatte en hög genomförandegrad av ekonomiska åtgärder presenterade i budgeten. I budgetering av personal budgeterar sjukhuset inte för kostnader för övertid och bemanningsföretag. Av årsredovisning 2023 framgår att personalkostnaderna avvek från budget med 272 miljoner kronor varav bemanningsföretag står för 55 miljoner kronor. Kostnaden för bemanningsföretag har dock minskat med 16 procent jämfört med föregående år.

### **Åtgärdsplan för ekonomi och verksamhet i balans**

Södra Älvsborgs Sjukhus nya ledningssystem har varit utgångspunkten för arbetet med en ekonomi och verksamhet i balans. Med fokus på verksamhetsstyrning för en ekonomi i balans har verksamhetsområden identifierat kapacitetsbrister för att nå uppsatta mål och antagit aktiviteter med tillhörande ekonomiska effekter. Verksamhetsplanernas aktiviteter följs på veckobasis, och ekonomichefen är ansvarig för detta.

För varje verksamhetsområde har en detaljerad verksamhetsplan skapats för 2023, inklusive ekonomiska effekter. Effekthemtagningsplaner har utvecklats för att följa upp genomförandet av verksamhetsplanens aktiviteter. Uppföljning per verksamhetsområde sker månatligen i pulsmöten mellan arbetsutskott för ekonomi och verksamhet. Uppföljningen kompletteras också med två dialogmöten per termin med fokus på kompetensförsörjning, tillgänglighet, kvalitet och ekonomi. Sammantaget agerar arbetsutskottet för ekonomi och verksamhet på veckovisa uppdrag av sjukhusdirektör och rapporterar till sjukhusledningen.

Sjukhusledningens arbetsutskott stödjer och leder verksamheterna, följer upp planerade aktiviteter och föreslår kompletterande åtgärder. Styrelsen

antog en åtgärdsplan för ekonomi i balans, inklusive aktiviteter för 150 miljoner kronor med effekt 2023. Ytterligare potentiella åtgärder på 100 miljoner kronor identifierades efter styrelsebeslut inom förbättrade kvalitetsutfall, HR, regiongemensam samordning och ändamålsenlig administration. Ansvariga för åtgärder pekades ut, bland annat har HR-chef och 1:e chefsläkare under året haft specifika ansvarsområden som förbättrade kvalitetsutfall och digitalisering.

I intervjuer och av interna dokument framgår att handlingsplaner sällan når full potential, och en daglig styrning av verksamheterna har införts för att stödja personal och chefer inom flera av åtgärdsplanernas identifierade områden. Trots löpande korrigerande beslut i förvaltning och från styrelsen har granskningen noterat att endast drygt hälften av planerade aktiviteter för 2023 har genomförts, och ekonomiska effekter har varit svåra att utläsa i åiterrapporteringen. Bland annat har beläggningsgraden på vårdplatser minskat, men inte personalkostnaderna. Vid slutet av året hade åtgärdsplan för ekonomi och verksamhet i balans gett ekonomiska effekter om 89 av 250 miljoner kronor.

### **Styrelsens vidtagna åtgärder**

Styrelsen har månatligen fått ekonomisk information. Styrelser ska agera på ekonomiska avvikelser som uppstått under året och analysera möjliga konsekvenser.<sup>1</sup> I samband med redovisning av ekonomiskt resultat efter januari där den ekonomiska avvikelsen var större än prognosticerat gav styrelsen uppdrag till sjukhusdirektören att ta fram ytterligare åtgärder för ekonomi i balans. Styrelsen har därefter löpande på samtliga sammanträden följt upp utfall av ekonomiska åtgärder och fattat beslut om nya åtgärder.

Enligt vägledning ska styrelser uppmärksamma regionfullmäktige på avvikelser avseende måluppfyllelse eller händelser av större vikt.<sup>2</sup> När ekonomisk rapportering presenterades den 31 mars beslutade sjukhusstyrelsen att tillskriva regionstyrelsen att sjukhuset inte kommer nå målet om en ekonomi i balans under 2023.

På extrainsatt sammanträde i april redovisade förvaltningen handlingsplan för en ekonomi och verksamhet i balans med en uppdaterad ekonomisk prognos för helåret på minus 125 miljoner kronor. Styrelsen fattade beslut om att tillskriva regionfullmäktige att åtgärdsplan förväntas omhänderta hälften av det prognosticerade underskottet på 250 miljoner kronor och att

---

<sup>1</sup> Vägledning för nämnder och styrelsers arbete (RS 2017-04735)

<sup>2</sup> Vägledning för nämnder och styrelsers arbete (RS 2017-04735)

målkonflikter föreligger mellan bland annat tillgänglighet, utbudspunkter och ett ekonomiskt nollresultat.

Sjukhusstyrelsen har uppmanats vidta verkningfulla åtgärder för att nå en ekonomi i balans av regionfullmäktige i juni och på styrelsens sammanträde samma månad fattade styrelsen beslut att

- initiera frågan om förändrade patientströmmar till akutmottagningar till regionstyrelsen.
- tillskriva regionfullmäktige om att beslutade åtgärder väntas omhänderta ytterligare 50 mnkr men att prognosen för helåret läggs till -250 mnkr. Styrelsen bedömer att omställningen och tidigare antagna beslut om hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka. Styrelsen lyfter också att ökade pensionskostnader och löneavtal utöver finansiering på sjukhusens ekonomi som en utmaning.

I redovisningen av åtgärder i september månad presenterades tre scenarier för en ekonomi i balans från förvaltningen. Två alternativ gick ut på att drastiskt minska personal genom att avsluta visstidsanställningar och hyrpersonal. Styrelsen valde att omgående öka den dagliga styrningen av verksamheter inom bemanningslösningar, beslutsstöd i bedömning av om patienter behöver laboratorieundersökningar och att begränsa inflödet till akuten.

Styrelsen har under året gett sjukhusdirektör i uppdrag att kartlägga externa kostnader som påverkar sjukhusets ekonomi. I oktober bedömdes externa kostnader uppgå till 100 miljoner kronor varav 55 bestod av ökade pensionskostnader. I samband med redovisningen tillskrev sjukhuset regionstyrelsen att informera regionfullmäktige att det är orimligt att under 2023 kunna anpassa verksamheten för att uppnå en budget i balans.

## Rekommendationer

Styrelsen har vidtagit en rad åtgärder i enlighet med föregående års rekommendation att vidta tillräckliga åtgärder för en ekonomi i balans. Revisionen bedömer dock att arbetet behöver utvecklas ytterligare.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att

- vidta konkreta åtgärder för en ekonomi i balans som är tydligt målsatta inom en tidsatt period och att dessa följs upp.

# Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll

Revisionen granskar varje år om styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen är tillräcklig. Granskningen omfattar om

- det finns ett systematiskt arbete med styrning och intern kontroll
- det finns en riskhantering och kontroller inom väsentliga områden
- arbetet med den interna kontrollen är en integrerad del av organisationen, systemen och det löpande arbetet
- det finns en uppföljning av styrningen och den interna kontrollen

## Resultat

Vi bedömer att styrningen, uppföljningen och den interna kontrollen har varit tillräcklig. Nedan redogör vi för de viktigaste iakttagelserna och bedömningarna.

Styrelsen har en sedan tidigare inarbetad process som presidiet initierar i september med en workshop för identifiering av risker med utgångspunkt i föregående års material. Därtill har tjänstepersonsledningen en egen riskidentifiering. Dessa risker slås samman och presidiet gör en prioritering inför styrelsens sammanträde. Där får alla ledamöter möjlighet att ha synpunkter innan beslut om intern kontrollplan. Beslut om intern kontrollplan och kontrollmiljö fattades av styrelsen i december 2022. I riskidentifieringen fanns en stor mängd risker som prioriterades och slutligen valdes totalt 13 stycken att lyftas in i intern kontrollplan. För ett antal risker saknas information om vad som ska kontrolleras och för några saknas information om hur kontrollen ska göras. Båda dessa delar är hanterade i intern kontrollplan som är beslutad för 2024.

Det framgår av planen vem som är mottagare av uppföljningen och när den ska göras och det är vid tre tillfällen i maj, september och december.

Samtliga kontroller har rapporterats enligt beslutad intern kontrollplan. Av uppföljningen framgår två avvikelser, dels att tempot i omställningen inte är tillräckligt, dels att det saknas systemstöd för att genomföra kontroll av leverantörstrohet. Vid noterade avvikelser har beslut om åtgärder tagits.

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

Revisionen har granskat styrning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (diarienummer REV 2023–00098). Granskningen genomfördes i samarbete med revisionsbyrån KPMG. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som fastställts av revisorskollegiet den 13 december 2023. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

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;

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

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.

Granskningen har avgränsat till 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 styr- och ledningen och genom granskning av stickprov av organisatoriska vårdproducerande enheter inom sjukhusförvaltningarna, kvinnosjukvård och ortopedi. Urvalet har baserats dels på vårdområden med bristande måluppfyllelse av tillgänglighet till första besök för patienter och bristande tillgänglighet till inledande behandling enligt gällande vårdgarantier för sjukhusvård, dels av vårdområden som omfattar större patientgrupper.

Regionstyrelsen har granskats avseende styrning och ledning inom sitt ansvar för uppsikt och sitt ansvar för övergripande och samordnade

vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i förhållande till ansvariga sjukhusstyrelser och granskningens stickprov (vårdområden kvinnosjukvård och ortopedi).

Västra Götalandsregionens styrning av vårdproduktion ska ske med samordning mellan sjukhus i egen regi vilket har beaktas i vår granskning av sjukhusstyrelser samt regionstyrelsen.

## Bakgrund

Revisorskollegiet har i revisionsplan 2023 med inriktning för 2024–2025 identifierat en revisionsrisk avseende de svårigheter som Västra Götalandsregionen har med att säkerställa kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården, vilket i sin tur 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.

Regionfullmäktige anger i Budget 2023 Västra Götalandsregionen och plan för ekonomi 2024–2025 att kompetensförsörjning är en högt prioriterad strategisk fråga för Västra götalandregionens 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 bemannings- och kapacitetsplanering på 1–3 års sikt är en viktig förutsättning för att säkerställa en tillräcklig vårdproduktion ställd till vårdbehovet i länet. Fullmäktige anger i budgeten att det under 2023–2025 fordras ett fortsatt arbete kring förändrade arbetsätt med ett tydligt fokus på bemannings- och kompetensplanering utifrån ett verksamhetsperspektiv för att skapa förutsättningar för ökad vårdproduktion, ökad vårdkvalitet och resurseffektivitet.

## Resultat

Revisionen gör den samlade bedömningen 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.

Granskningen har visat att

- ansvariga sjukhusstyrelser i allt väsentligt har utformat en tillfredställande styrning och uppföljning samt en tillräcklig intern kontroll avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion enligt sina respektive ansvar i reglemente. Granskningen visar på brister i sjukhusstyrelsernas styrning och ledning för att säkerställa att samordning sker för att optimera vårdproduktionen mellan Västra Götalands sjukhus i egen regi, utifrån sjukhusstyrelsernas ansvar i reglemente att verka för samordning i hälso- och sjukvården.
- ansvariga sjukhusstyrelser delvis har säkerställt att gällande system för styrning och uppföljning och internkontroll av bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion har tillämpats inom förvaltningen. Det saknas gemensamma arbetssätt inom utförarförvaltningarna för arbetet med bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. För att säkerställa tydlig styrning och uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering bedömer vi att det vore fördelaktigt att förvaltningarna, eller åtminstone verksamheterna inom respektive förvaltning, arbetade med liknande produktionsstyrningsmodeller och verktyg.
- regionstyrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll mot bakgrund av sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion i egen regi. Samordningen av Västra Götalandsregionens produktion av sjukhusvård i egen regi fungerar inte tillfredställande. I granskningen framkommer även att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter inte tas tillvara på ett tillfredställande sätt i Västra Götalandsregionens processer för uppdragsstyrning av vårdproduktion till sjukhusen.

## Rekommendationer

Nedan hittar du de rekommendationer som vi lämnar till ansvariga styrelser med anledning av granskningen av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus 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.

## Granskning av Program Millennium

Revisionen har under hösten 2023 granskat program Millennium. Millennium är Västra Götalandsregions viktigaste digitaliseringssatsning någonsin inom hälso- och sjukvården. Granskningen har avrapporterat i en separat rapport som blev klar i januari 2024. Rapporten hittar du på [www.vgregion.se/revision](http://www.vgregion.se/revision).

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 tidplanen.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan.

## Bakgrund

Målet med satsningen är att ta fram nya, gemensamma arbetssätt 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.

## Resultat

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. 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 Millennium. 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 Millennium 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, Närhälsans 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 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.

## Granskning av närsjukvårdsteam

Revisionen har granskat området närsjukvårdsteam. Granskningen syftar till att bedöma effektiviteten av närsjukvårdsteam som en metod för att bistå multisyjuka äldre patienter. Granskningen omfattade närsjukvårdsteam inom Södra Älvsborgs Sjukhus.

## Bakgrund

Omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen har pågått ett antal år och en inriktning handlar om nära vård. Där är en del att multisyjuka äldre personer ska kunna få hjälp med vård i hemmet i stället för att behöva åka till akutmottagningen med stor påverkan på patientens livssituation. För sjukhuset handlar det om att effektivt behandla patienten utan en resurskrävande inskrivning.

## Resultat

De närsjukvårdsteam som finns inom sjukhuset utgår från regionfullmäktiges mål om nära vård som inkluderar förstärkning av mobil vård. Formellt är vården beställd i vårdöverenskommelsen med södra hälso- och sjukvårdsnämnden som övertagits av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Uppdraget avser idag multisyjuka äldre som har svårt att förflytta sig och det vårdbehovet har hanterats. Enligt beställningen ska närsjukvårdsteamet bland annat ha fyra läkare i tjänst men under 2023 har de endast haft tre. Det är en liten verksamhet som lägger stor vikt vid att få in rätt personer.

Det saknas tillräcklig forskning och mätning av resultat ur olika perspektiv för att verifiera om det är effektivt med närsjukvårdsteam. De resultat som

hittills har presenterats visar dock att det kan vara kostnadseffektivt då många besök på akuten och inläggningar har kunnat undvikas samtidigt som det ger mer trygghet för patienter och anhöriga. Nyttan med närsjukvårdsteam är som störst för de mest sjuka patienterna och det är därför svårt att bedöma i vilken omfattning vården ska ges och till vilka patientgrupper.

## Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Granskningen av intern kontroll i styrelsens redovisningsrutiner omfattar följande:

- bokslutsprocessen
- inköpsprocessen
- löneprocessen.

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

Revisionen lämnar följande rekommendationer till styrelsen att omhänderta

- För att förbättra den interna kontrollen rekommenderar Deloitte att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder.

Från och med 2024-01-01 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet.

- Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

I slutet av 2023 skickade vi en lägesrapport till förvaltningen med resultatet av granskningen. Lägesrapporten innehåller revisionens iakttagelser tillsammans med förvaltningens kommentarer.

## Granskning av delårsbokslutet

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

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

## Granskning av årsbokslutet

Granskningen av styrelsens bokslut för verksamhetsåret 2023 omfattar resultaträkningar och balansräkningar.

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

## Uppföljning av rekommendationer

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

## Uppföljning av granskning avseende måluppfyllelse verksamhet

Revisionen granskar årligen styrelsens målstyrning kopplat till verksamheten. Granskningen 2022 resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål samt utveckla sin bedömning av måluppfyllelsen för verksamheten i enlighet med koncernens anvisning.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning. Under 2023 har arbetet med fullmäktiges prioriterade mål stärkts. Delvis i planeringsstadiet då verksamhetsplaner utgått från identifierade behov utifrån regionfullmäktiges prioriterade mål för att ta fram aktiviteter. Verksamhetsöverskridande aktiviteter hålls samman och följs upp av övergripande styrråd.

I rapporteringen till styrelsen i delårsrapport och årsredovisning framgår det dock inte fullt ut enligt rutin<sup>3</sup> orsak och konsekvens av att mål inte uppnås eller vilka åtgärder som behöver vidtas för ökad måluppfyllelse. Det framgår inte heller fullt ut vad konsekvenser blir av att planerade aktiviteter inte genomförs.

Revisionen ser positivt på att styrelsen stärkt sitt arbete för att nå regionfullmäktiges prioriterade mål. Styrelsen bör vidta ytterligare åtgärder behöver för att utveckla bedömningen av måluppfyllelsen i enlighet med rutin.

Revisionen bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationen.

---

<sup>3</sup> Rutin för nämnder och styrelser rapportering till koncernen i månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2023(RS 2022-02773)

## Uppföljning av granskning avseende hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov

Revisionen granskade 2022 tillgänglighet till vård och behandling utifrån hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med ledning och styrelse. Genom nytt verksamhetsledningssystem har ökat fokus legat på tillgänglighet i framtagande av verksamhetsplaner. Aktiviteter har tagits fram som verksamheter arbetat med under året för en ökad tillgänglighet. Som stöd i arbetet har verksamheter styrråd. Bland annat finns styrråd för vårdplatser för att bistå verksamheter i att korta medelvårdstiden. Därtill har styrråd införts för daglig styrning av förstabesök för att förbättra tillgängligheten. Vidare görs ansträngningar genom styrråd för att förbättra operationsflödet vilket genomgående följs upp.

För vidare information om årets revision gällande vårdproduktion och tillgänglighet se ”Granskning av styrelsens uppdrag” och rubriken ”Produktion och vårdgaranti”.

Revisionen bedömer att styrelsen stärkt sin styrning mot lagstadgad vårdgaranti och omhändertagit rekommendationen.

## Uppföljning av granskning avseende effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade 2022 om styrelsens arbete för en verksamhet och ekonomi i balans är ändamålsenligt och effektivt. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv

vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.

- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

Vi har i år följt upp rekommendationer genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning.

Utifrån det som beskrivits i rapporten under avsnitt "Granskning av styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin" bedömer revisionen att systematiken i arbetet med åtgärdsplaner för en ekonomi i balans stärkts. En tydligare struktur för att identifiera och följa upp arbete med att minska kostnader har implementerats genom nytt ledningssystem. Revisionen bedömer dock att arbetet med att utveckla samverkan med primärvården fortsatt behöver utvecklas. Därtill bedömer revisionen att arbetet med att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus fortsatt behöver utvecklas.

### **Revisionen bedömer att styrelsen**

- **omhändertagit** rekommendationen med att fortsätta arbetet med åtgärdsplaner så att de blir genomförbara i verksamheten och att effekterna blir möjliga att följa upp. Antaganden om ekonomiska besparingar ska vara analyserade, kända och dokumenterade. Beskriv vad som ska förändras och sätt mål. Beskriv med vilka resurser åtgärden ska genomföras och under vilken tidsperiod.
- **Omhändertagit** rekommendationen att utveckla former för tydligare uppföljning och controlling av åtgärderna både avseende verksamhet och ekonomi.

- **Omhändertagit** rekommendationen att säkerställa att hela sjukhuset, med samtliga medarbetare, får information om och är delaktiga i arbetet.
- **Omhändertagit** rekommendationen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.
- **Inte fullt ut omhändertagit** rekommendationen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen.
- **Inte omhändertagit** rekommendationen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus.

## Uppföljning av granskning avseende ekonomin

Revisionen granskade 2022 styrelsens arbete med ekonomin. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning.

**Revisionen bedömer** att styrelsen vidtagit åtgärder för att nå en ekonomi i balans men att arbetet behöver utvecklas. Södra Älvsborgs Sjukhus gör ett ekonomiskt underskott på 328 miljoner kronor. Styrelsen har dock fattat en rad beslut under året för att nå en ekonomi i balans men i flera fall inte konkretiserat hur dessa ska genomföras. Vi bedömer att styrelsen vid korrigerande beslut bör fastställa konkreta mål inom en tidsatt period, följa upp dessa och vid behov fatta beslut om konkreta korrigerande åtgärder.

För vidare information om årets revision gällande ekonomin se ”Granskning av styrning, uppföljning och rapportering om ekonomin”.

## Uppföljning av granskning avseende intern styrning och kontroll

Revisionen granskade 2022 styrelsens arbete med intern styrning och kontroll. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att i arbetet med intern styrning och kontroll utveckla riskanalys och kontroller.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i dialog med styrelsen. För information om intern kontroll se ”Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll”.

## Uppföljning av granskning avseende återbesök i specialiserad vård

Revisionen granskade 2022 vård och uppföljning i form av återbesök till specialiserad vård. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelserna att säkerställa att de får tillräcklig information om återbesök så att de vid behov kan vidta åtgärder för att tillse att återbesök genomförs inom medicinskt måldatum och prioriteras enligt medicinskt behov.
- Revisionen rekommenderar styrelserna att planera och genomföra återbesök så att statistiken blir rättvisande och att Västra Götalandsregionen i möjligaste mån ska få ta del av medlen avseende återbesök utifrån överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Vi har i år följt upp rekommendationer genom dokumentgranskning och i dialog med styrelse och ledning. Revisionen har även mottagit styrelsens skriftliga svar på lämnade rekommendationer. Vi har noterat att styrelsen vidtagit åtgärder för att följa måluppfyllelsen för återbesök eller efterföljande besök. Därtill har kriterier standardiserats, verksamhetsplaneringen utvecklats och styrråd tillskapats. Vidare har produktionskontor för samordning av övergripande produktions- och kapacitetsplanering etablerats. Granskningen har också noterat att tillgänglighet för återbesök återrapporterats till styrelsen under året.

Revisionen bedömer att styrelsen omhändertagit rekommendationen.

## Uppföljning av granskning avseende personsäkerhet

Revisionen granskade 2022 personsäkerhet. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att verka för att det finns en riskhantering som säkerställer att risker för hot och våld inom sjukhusets verksamheter minimeras.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning av statistik över ordningshändelser och i dialog med tjänstepersoner. Sjukhuset har tagit fram riktlinje för avvikelshantering inom Södra Älvsborgs Sjukhus. Riktlinjen beskriver hur rapportering av risker och andra negativa händelser ska ske samt hur utredning, handlingsplan för förbättring och uppföljning ska genomföras. Säkerhetsenheten har sett över bevakningsnivån och anpassat den till statistik från bevakningsbolag efter genomförda riskanalyser. Vidare har utbildningsinsatser inom personsäkerhet fortsatt.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis omhändertagit rekommendationen.

## Uppföljning av granskning avseende intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskar årligen styrelsens arbete med intern kontroll i redovisningsrutiner. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsorder infogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen
- Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar sin egen bokföringsorder. Om det inte är möjligt att införa en systemspärr rekommenderas förvaltningen att implementerar en rutin som innebär att kontroll sker av manuella bokföringsorder, exempelvis via stickprovskontroll, så att godkännande och attest inte sker av samma person

Vi har i år följt upp rekommendationer genom att ta del av revisorernas rapportering och information från Koncernkontoret se ” Granskning av intern kontroll i redovisningsrutiner”.

## **Uppföljning av granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga**

Revisionen granskade 2021 tillgängligheten till vård och behandling för barn och unga med psykisk ohälsa. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning, enkät och i dialog med ledning och styrelsen. Styrelsen har månatligen fått tillgänglighet för utredning och behandling redovisad på sammanträden och når en hög tillgänglighet för förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri.

Införandet av ”En väg in” har bidragit till högre tillgänglighet för förstabesök. Av enkätsvar framgår att det är för tidigt att säga om införandet av gemensam utredningsenhet bidragit till högre tillgänglighet. En utmaning för Södra Älvsborgs Sjukhus är dock att de tappat personal till gemensam utredningsenhet. Av rapporterad statistik framgår att måluppfyllelsen för tillgänglighet till förstabesök ligger på samma nivå som föregående år och det är färre i kö och färre som väntat länge. Enligt sjukhuset beror det på införandet av regional utredningsenhet. För utredningar har kön ökat något under året och det är fler som väntat längre än vårdgarantins gräns och det är mycket låg måluppfyllelse. Kön till behandling har ökat betydligt under hösten men den har blivit kortare för de som väntat länge. Enligt sjukhuset håller verksamhetsområdet psykiatri på med att anpassa sina registreringar efter den registreringsstruktur som är beslutad utifrån samordningsråden och den nya tillgänglighetsuppföljningen som SKR tagit fram.

Revisionen bedömer att styrelsen inte fullt ut omhändertagit rekommendationen.

## Det kommunala ansvarssystemet

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

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

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

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

En viktig del 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 verksamheterna.

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

## Om revisionen

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 lekmanarevisorer, 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 lekmanarevisorerna 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](http://www.skr.se).

## Regionen i korthet

Västra Götalandsregionen ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, kultur 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.

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 regionens sjukhus, 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 i Västra Götaland samt med medverkan från en lång rad parter i övrigt – näringslivets och arbetsmarknadens organisationer, universitet och högskolor, statliga organ med flera.