

Diarienummer: REV 2024-00067

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för fastighet, stöd och service

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionssed 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

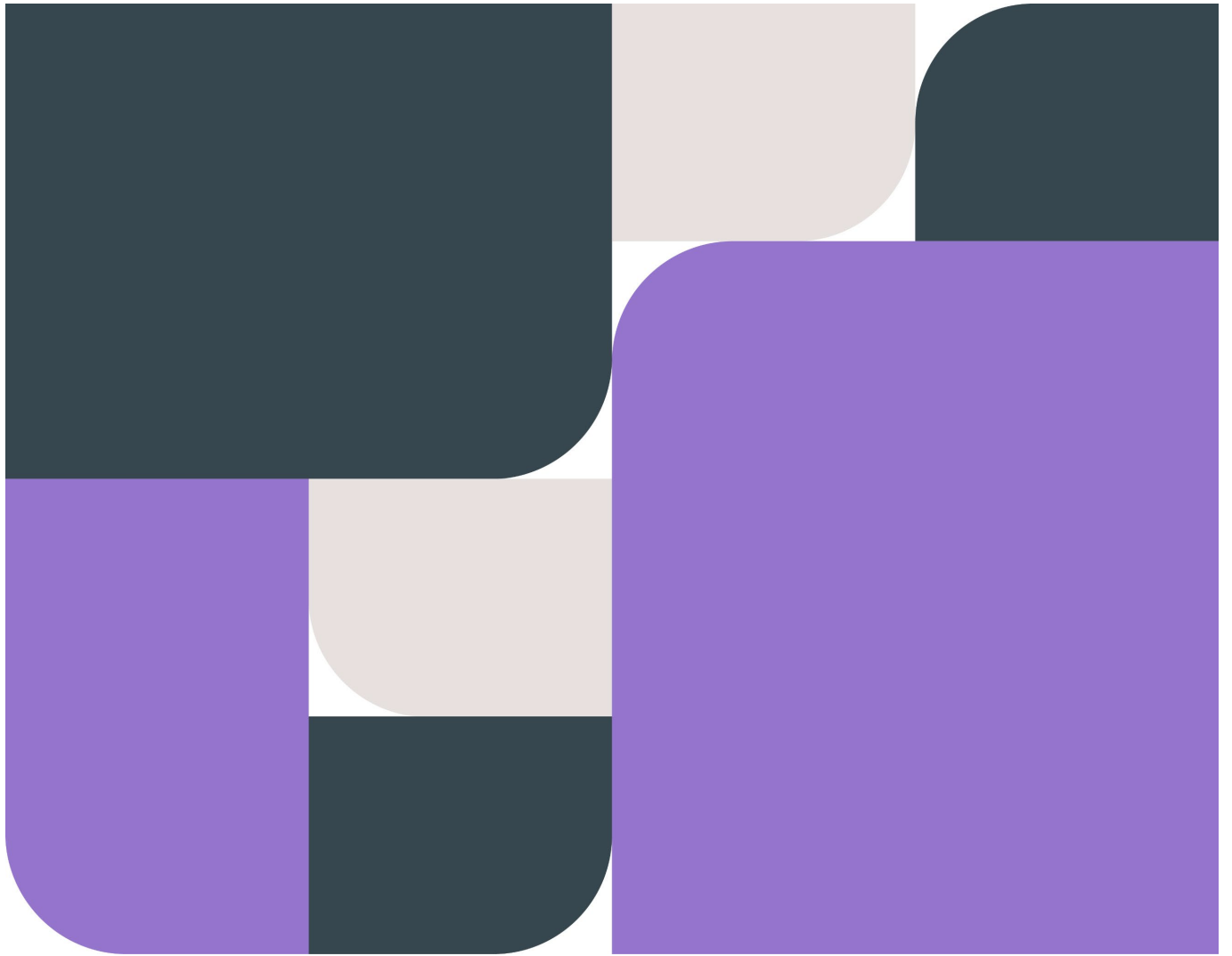
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för fastighet, stöd och service

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för fastighet, stöd och service – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00067

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Martin Andersson, Kristoffer Lundqvist och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Charlotte Nätstrand

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Sven Liljegen

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning	6
4. Granskning av räkenskaper	15
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	15
6. Bilagor	18
Revisionens uppdrag	32

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
 - kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten
 - offentlighet och sekretess
 - styrning av hållbara investeringar
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 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
<p>Granskning av Kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten</p> <p>Inget svar</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att implementera årlig uppföljning och uppdatering av kontinuitetsplaner.</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att utföra praktiska övningar på sjukhusnivå för att testa och säkerställa planernas funktionalitet.</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att förstärka dokumentationen av genomförda utbildningar och utveckla utbildningsplaner. (2024)</p>
<p>Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionen</p> <p>Inget svar</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess.</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv.</p> <p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen. (2023)</p> <p>- Rekommendationerna följs upp 2025.</p>

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3 Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten

Revisionen har granskat kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning - vatten inom styrelsen för fastighet, stöd och service. Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten och bifogas i sin helhet, se 6.1, bilaga 1.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen har implementerat och upprätthåller tillräckliga styr- och ledningssystem för att säkerställa dricksvattenförsörjningen till sjukhus vid kris- eller bristsituationer, med fokus på den operativa driften.

Granskningen avser besvara följande revisionsfråga:

- Har styrelsen för fastighet, stöd och service säkerställt att styr- och ledningssystem inkluderat tekniska lösningar finns på plats för att garantera operativ drift av dricksvattenförsörjning till Västra Götalandsregionens sjukhusfastigheter vid kris- eller bristsituationer?

Granskningen begränsas till Norra Älvsborgs länsjukhus (NÄL).

Granskningen avgränsas också till vattenhanteringen inom sjukhusfastigheten, det vill säga den del som Västra Götalandsregionen ansvarar för.

Granskningen har genomförts genom att ansvariga roller¹ inom fastighet, stöd och service fick besvara frågor skriftligen och skicka in svar till revisionen. Granskningen utfördes också genom dokumentgranskning och intervju med Områdeschef, Västfastigheter drift.

Resultatet visar att styrelsen har vidtagit flera åtgärder för att säkerställa vattenförsörjningen vid kriser, bland annat genom nöddrifrutiner och en beredskapsplan som inkluderar vattenkärria och reservvattenförsörjning, vilka har testats i praktiska situationer. Dock saknas sjukhusspecifika övningar på NÄL. Risk- och sårbarhetsanalyser har genomförts men uppdateras inte årligen.

Tekniskt sett har styrelsen implementerat robusta lösningar och ett provtagningsprogram för att säkerställa vattenkvaliteten, vilket innebär att övervakning och kontroll sker regelbundet. Personalen utbildas genom programmet "Säkra driften", men det finns brister i dokumentationen av genomförda utbildningar och en avsaknad av specifika utbildningsplaner. Vidare genomförs årliga övningar, men dessa är inte alltid anpassade efter sjukhusens specifika behov, och det framgår att inga övningar har genomförts på NÄL.

¹ Driftchef NÄL, Driftchef Uddevalla, Teknisk förvaltare VVS

Revisionen bedömer att styrelsen har delvis implementerat och upprätthåller tillräckliga styr- och ledningssystem för att säkerställa dricksvattenförsörjningen till sjukhus vid kris- eller bristsituationer. Revisionen bedömer dock att det finns några förbättringsområden som styrelsen behöver omhänderta.

Revisionen rekommenderar styrelsen för fastighet, stöd och service att

- implementera årlig uppföljning och uppdatering av kontinuitetsplaner
- utföra praktiska övningar på sjukhusnivå för att testa och säkerställa planernas funktionalitet
- förstärka dokumentationen av genomförda utbildningar och utveckla utbildningsplaner.

3.2 Offentlighet och sekretess

Revisionen har granskat offentlighet och sekretess inom styrelsen för fastighet, stöd och service. Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

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. Mot denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en granskning av offentlighet och sekretess inom styrelsen för fastighet, stöd och service.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen för fastighet, stöd och service 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.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

1. Har styrelsen tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar?
2. Har styrelsen upprättat de dokument som är obligatoriska enligt gällande regelverk, och är dokumenten aktuella?

Granskningen avgränsas till att belysa styrelsens rutiner, riktlinjer, regler och arbetssätt avseende hantering av inkommande och upprättade handlingar samt registrering och utlämnande av handlingar.

Följande kriterier används i granskningen:

- Arkivlagen (1990:782) 6§
- Offentlighets- och sekretesslagen 4 kap. 2§
- Tryckfrihetsförordningen (1949:105) 2 kap. 15–16 §§
- Föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 2 kap. 6§, 4 kap. 3, 9, 13, 18, 21, 23, 25 §§ (RS 2018–01178)
- Anvisning Tillämpning av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering 2 kap, s. 14–15 (RS 2018–01178)

- Riktlinje Användande av e-post i Västra Götalandsregionen (RS 2021-02985)

Granskningen har genomförts genom intervju och dokumentgranskning.

2.1.1 Resultat

Har styrelsen tillräckliga rutiner och arbetsätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar?

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.²

Enligt regionens riktlinje för användande av e-post ska allmänna handlingar som inkommer via myndighetens officiella e-post och medarbetarnas individuella e-post ska hanteras på motsvarande sätt som gäller för traditionella brev och andra pappershandlingar. Vidare har varje medarbetare ett personligt ansvar för att kontrollera sin e-post samt att i denna hantera allmänna handlingar enligt gällande regelverk. Om medarbetaren inte lämnar fullmakt till annan medarbetare kvarstår ansvaret även vid frånvaro såsom semester, sjukdom och barnledighet.³

En allmän handling som får lämnas ut ska på begäran lämnas ut genast eller så snart det är möjligt till den som önskar på stället (det vill säga på plats hos myndigheten). Den som önskar har rätt att mot en fastställd avgift få en avskrift eller kopia av en allmän handling till den del handlingen får lämnas ut. En begäran att få en avskrift eller kopia av en allmän handling ska behandlas skyndsamt.⁴

Organisation och resurser

Granskningen visar att styrelsen för fastighet, stöd och service samt styrelsen för logistik har ett gemensamt kansli som hanterar frågor kopplat till kvalitet, ärendesamordning, arkiv och juridik. Trots ett gemensamt kansli så har två separata arkivorganisationer etablerats då det rör sig om

² 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)

³ Riktlinje Användande av e-post i Västra Götalandsregionen (RS 2021-02985)

⁴ Tryckfrihetsförordningen (1949:105) 2 kap. 15-16 §§

två olika myndigheter. Av arkivorganisationen framgår arkivansvariga och arkivredogörare.

Registraturen är en del av den gemensamma serviceorganisationen och hanterar registraturuppgifter för 14 nämnder och styrelser, inklusive styrelsen för fastighet, stöd och service. Huvudregistratorer vid det centrala diariet fungerar som registratorer för styrelsen.

Vid intervju framkommer att ett informationssamordningsforum finns där representanter från arkivorganisationen möts regelbundet för att samordna arbetet.

De intervjuade beskriver att de har identifierat ett behov av att stärka medvetenheten kring offentlighetsprincipen, informationshantering och skillnaden mellan arbetsmaterial och upprättade handlingar på förvaltningarna. Kompetensnivån på förvaltningarna skiljer sig åt och den regionala utbildningen avseende ärendehantering förutsätter enligt de intervjuade att deltagarna redan har en viss kunskap. Kansliet har därför tagit fram en ny utbildning avseende informationshantering som kommer att lanseras under 2025.

Hantering och registrering av allmänna handlingar

Vid intervju framkommer att det vanligaste sättet som handlingar kommer in till organisationen är via styrelsens myndighetsbrevlåda, även om en stor del handlingar också upprättas internt. Myndighetsbrevlådan hanteras av registratorer vid diarieservice som kontrollerar den minst en gång dagligen varje arbetsdag.

Diarieföring görs i regionens ärendehanteringssystem Public 360. Vi har noterat att det finns en skriftlig rutin för såväl diarieföring som hantering av funktionsbrevlåda. De intervjuade uppger att det är stor skillnad i ärendehanteringsflödet mellan förvaltningarna, där betydligt fler ärenden skapas och diarieförs hos Fastighet, stöd och service jämfört med försörjningsförvaltningen.

Hantering av anställdas post och e-post vid frånvaro

I granskningen framkommer att alla anställda på förvaltningen inte har egna mejladresser. Fullmakt för att öppna e-post digitalt finns för chefspositioner.

De intervjuade uppger att utifrån god förvaltningssed ska alla brevlådor, även personliga, bevakas dagligen, men att det i praktiken är svårt för dem att kräva att anställda går in och kontrollerar sin mejl på semestern.

Det finns ingen särskild instruktion för hur automatiska mejlsvar ska utformas. Kommunikationsavdelningen skickar ut information till chefer inför semestern med målet att så många som möjligt ska lägga in automatiska svar som hänvisar till de brevlådor som bevakas.

Hantering av sekretessbelagda uppgifter/handlingar

Vid intervju anges att sekretessbelagda uppgifter och handlingar hanteras i enlighet med regionalt styrande dokument. Då allt fler handlingar är digitaliserade så pågår det en översyn av arbetet med att säkerhetsskyddsanalys och informationsklassning görs på rätt sätt.

Utlämnande av allmänna handlingar

Allmänheten kan söka i styrelsens diarium genom regionens tjänst Hitta i diariet. De intervjuade uppger att utlämnande av allmän handling kan ske på flera sätt, antingen via mejl, telefonsamtal eller besök till någon av regionens verksamheter.

I granskningen har vi stämt av med huvudregistrator att styrelsen har mottagit flera begäranden om utlämnande av allmänna handlingar under perioden januari–november 2024. En särskild rutin för utlämnande av allmän handling finns för förvaltningen.

När en sådan begäran inkommer skickas ett mejl till frågeställaren för att bekräfta att begäran mottagits. Därefter kontaktas den ansvariga handläggaren för ärendet för att få klartecken att lämna ut handlingen eller handlingarna. Vid intervjun framkom att begäran om allmänna handlingar inte diarieförs. Endast avslagsbeslut och skälen till att en begäran nekas diarieförs, i de fall handlingen inte kan lämnas ut.

Har styrelsen upprättat de dokument som är obligatoriska enligt gällande regelverk, och dokumenten är aktuella?

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. För att möjliggöra detta ska följande dokument upprättas, beslutas och hållas aktuella⁵:

- arkivorganisation
- klassificeringsstruktur
- dokumenthanteringsplan
- arkivbeskrivning

⁵ Arkivlagen 6§, offentlighets- och sekretesslagen 4 kap. 2§, Föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 4 kap. 3, 9, 13, 18, 23, 25§§.

- arkivförteckning
- förteckning över samtliga it-system/samarbetsytor som innehåller elektroniska allmänna handlingar
- plan för bevarande av elektroniska handlingar.

Regionens anvisning för tillämpningen av föreskrifter och riktlinjer om arkiv och informationshantering konkretiserar vad som ska framgå av respektive dokument.

Granskningen visar att samtliga obligatoriska dokument finns framtagna och att de är aktuella. Separat dokumentation finns framtagen för styrelsen för logistik och styrelsen för fastighet, stöd och service.

Revisionen noterar skillnad i arkivorganisationen jämfört med instruktion från Regionarkivet, då det i styrelsens arkivorganisation inte bara finns arkivansvarig utan också huvudarkivansvarig. Vid intervju framkommer att förvaltningen anser att många av de uppgifter som åläggs arkivansvarig kräver praktisk arkivkunskap, till exempel att upprätta arkivförteckningar. Förvaltningen har därför valt en organisation med både arkivansvarig och huvudarkivansvarig för att huvudarkivansvarig ska kunna få genomslag på chefsnivå. Vid intervju framkommer att förvaltningen lyft dessa synpunkter både med Regionarkivet och med funktionsgruppen för kanslichefer.

2.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar.

Granskningen visar att det finns en organisation, rutiner och utbildningar som ger goda förutsättningar för att hantera allmänna handlingar på rätt sätt. Revisionen ser positivt på att en ny utbildning avseende informationshantering är under framtagande.

Revisionen anser att det är viktigt att styrelsen säkerställer att regionens riktlinje för användande av e-post följs så att begäran att ta del av allmän handling som har inkommit hanteras korrekt.

Revisionen bedömer att styrelsen har upprättat obligatoriska dokument i enlighet med gällande regelverk och vi noterar att de dokument vi granskat är aktuella.

Revisionens sammanfattande bedömning är att styrelsen har en ändamålsenlig hantering av allmänna handlingar som säkerställer rätten att ta del av allmänna handlingar.

Inga rekommendationer lämnas med anledning av granskningen.

3.3 Styrning av hållbara investeringar

Revisionen har granskat Västra Götalandsregionens styrning av klimat- och miljömål för att uppnå hållbara fastighetsinvesteringar. Granskningen genomfördes av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet och avrapporterades i november 2024 i rapporten "Granskning av styrning för hållbara investeringar" (diarienummer REV 2024-00100), som finns tillgänglig på www.vgregion.se/revision.

Regionfullmäktiges budget 2024 (2025-2026) anger att hållbarhetsmål enligt Miljömål 2030 ska prioriteras i regionövergripande beslut och i beslut inom alla förvaltningar. Investeringar ska bidra till att uppnå resultat- och effektmål för regionens verksamhet.

Syftet var att bedöma om regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service säkerställt en ändamålsenlig och tillräcklig styrning av klimat- och miljömål i Västra Götalandsregionens investeringar i fastigheter. Med ändamålsenlig och tillräcklig styrning menas att det finns en tydlig organisation, ansvarsfördelning, styrdokument för målstyrning samt att styr- och ledningssystemet följer regionfullmäktiges beslut om mål och riktlinjer.

Granskningen omfattade regionstyrelsen och styrelsen för fastighet, stöd och service och avgränsades till ägarstyrda fastighetsinvesteringar. Granskningen skedde dels av den generella styrningen för hållbarhet i fastighetsinvesteringar, dels av hur denna styrning omsattes i två specifika fastighetsprojekt.

Granskningen visade att styrelsen för fastighet, stöd och service har, och att regionstyrelsen huvudsakligen har, en ändamålsenlig och tillräcklig styrning av klimat- och miljömål inom Västra Götalandsregionens investeringar i fastigheter. Revisionen bedömde att ansvar och former för regionstyrelsens hållbarhetsutskott bör tydliggöras för att förbättra styrningen av hållbarhet i fastighetsinvesteringar.

Inga rekommendationer lämnades till styrelsen för fastighet, stöd och service med anledning av granskningen.

Till regionstyrelsen lämnade revisionen rekommendationen att tydliggöra hållbarhetsutskottets ansvar och medverkan i ärendeberedningen avseende hållbara investeringar.

4 Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsred reglar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5 Uppföljning av tidigare 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 följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Uppföljning av styrelsens förebyggande arbete mot oegentligheter (2023)
- Uppföljning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet (2022)

5.1 Uppföljning av styrelsens förebyggande arbete mot oegentligheter

Revisionen granskade styrelsens förebyggande arbete mot oegentligheter 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla sitt förebyggande arbete mot oegentligheter.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och frågor till förvaltningsledningen och styrelsens presidium om hur styrelsens förebyggande arbete mot oegentligheter genomförts under 2024.

I svar till revisionen har angetts att arbete pågår enligt styrelsens åtgärdsplan om det förebyggande arbetet mot oegentligheter⁶. Åtgärdsplanen omfattar:

- Framtagande av lokal rutin för förvaltningens arbete mot oegentligheter. Rutinen ska beskriva hur styrelsens arbete mot oegentligheter är organiserat samt hur risker identifieras, värderas och omhändertas för att minimera risk för att oegentligheter förekommer. Rutinen ska också beskriva hur arbetet följs upp och återspeglas till styrelsen.
- Genomförande av riskanalys gällande oegentligheter utifrån styrelsens samlade uppdrag och ingående verksamhetsområden.
- Utifrån genomförd riskanalys planera för riktade informations- och utbildningsinsatser

Styrelsen internkontrollplan för 2025 omfattar numer kontroller som avser området oegentligheter. Kontrollerna handlar om framtagande och implementering av rutin för förvaltningens arbete mot oegentligheter samt genomförande av riskanalys utifrån styrelsens samlade uppdrag och ingående verksamhetsområden.

Uppföljningen visar också att styrelsen arbetat för att motverka oegentligheter under året genom att införa skärpta kontraktsvillkor vilket anges i styrelsens årsredovisning.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

⁶ Styrelsen för fastighet, stöd och service yttrande avseende granskning av det förebyggande arbetet mot oegentligheter, diarienummer SFSS 2023-04739

5.2 Uppföljning av Västra Götalandsregionens arbete med informations- och cybersäkerhet.

Revisionen granskade den tidigare fastighetsnämndens arbete med informations- och cybersäkerhet 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till fastighetsnämnden:

- Revisionen rekommenderar nämnden att upprätta förvaltningsspecifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna, samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs.
- Revisionen rekommenderar nämnden att säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp.
- Revisionen rekommenderar nämnden att upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident, samt säkerställa att dessa testas regelbundet.
- Revisionen rekommenderar nämnden att vidta åtgärder i syfte att stärka uppföljningsarbetet samt upprätta former för kontinuerlig åiterrapportering till nämnden av det informationssäkerhetsarbete som bedrivs.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dialog med ledning och styrelse samt genom granskning av resultatet av styrelsens interna kontroll.

I tjänsteutlåtande⁷ beskrevs hur styrelsen planerade att omhänderta de rekommendationer som lämnats till den tidigare fastighetsnämnden.

I årsredovisningen för 2024 anges att förvaltningen fortsatt arbetar med att säkerställa robusthet av verksamheten genom etablering av krishanteringsorganisation, kontinuitetshantering, informationssäkerhetsåtgärder och riskanalyser. Det uppges också att två av nio kontinuitetsplaner är fullgoda och att åtgärder för ökad kontinuitetsförmåga pågår.

Utförd internkontroll i april visar att mindre avvikelser framkommit och arbete pågår med att åtgärda eller hantera identifierade avvikelser. Styrelsens bedömning var att inga beslut om särskilda åtgärder behövs avseende behörighetshantering eller informationshantering-it.

⁷ dnr SFSS 2023-02235

I åiterrapportering av utförd internkontroll i november anges hur riskområden avseende informationssäkerhet ska hanteras. Rapporten beskriver arbetet med bristande kunskap om it-säkerhet och personlig it-hygien-, att back-up-funktioner för it-system saknas samt bristfällig behörighetsadministration. Av redovisningen framgår att årsvis uppföljning av genomförandet av obligatoriska utbildningar samt en informationsinsats kopplat till uppföljning ska göras.

5.3.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen omhändertagit rekommendationerna.

6 Bilagor

6.1 Bilaga 1: Kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten

Utgångspunkter för granskningen

Kritisk verksamhet, som ofta benämns samhällsviktig verksamhet, avser tjänster eller infrastruktur som är avgörande för samhällets funktionalitet. Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) definieras samhällsviktig verksamhet som sådan som säkerställer samhällsfunktioner nödvändiga för grundläggande behov, värden eller säkerhet. Tillgången till rent vatten utgör en grundläggande förutsättning för att bedriva hälso- och sjukvård. Avbrott i vattenförsörjningen eller användning av otjänligt vatten riskerar att leda till allvarliga störningar inom vårdssystemet, vilket gör vattenförsörjningen till ett av de områden där sjukhusens förmåga att motstå störningar är som mest utsatt.

Det är i detta sammanhang som Lag (2006:412) om allmänna vattentjänster blir relevant, eftersom kommunerna enligt lagen har det primära ansvaret för samhällets vattenförsörjning. Denna lag ger kommunerna mandat att själva avgöra vilka verksamheter som prioriteras vid bristsituationer, vilket innebär en risk att regionens kommuner inte prioriterar hälso- och sjukvården på ett likvärdigt sätt. Särskilt 6 § i lagen föreskriver att kommunerna ska ordna vattenförsörjning och avlopp inom verksamhetsområden där detta krävs för att skydda människors hälsa eller miljön. Dock lämnar lagen utrymme för kommunerna att själva bestämma

prioriteringar, vilket kan innebära att sjukvårdens behov nedprioriteras under kritiska förhållanden.

Krisberedskap handlar om förmågan att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Detta arbete innefattar utbildning, övning och skapande av organisation och strukturer före, under och efter en kris.⁸

Sveriges kommuner och regioner har enligt lag en skyldighet att planera för hur man ska agera vid extraordinära händelser till följd av exempelvis ett krig. Regionen har en särskild regional riktlinje för krisberedskap och katastrofmedicin som tillsammans med regionens policy för säkerhet och beredskap ställer en rad krav på regionens nämnder, styrelser och bolag.⁹

Styrelsen för fastighet, stöd och service ansvarar i enlighet med reglementet¹⁰ för fastighetsanknutna säkerhets- och beredskapsfrågor utifrån de riktlinjer som regionstyrelsen lämnar i sin roll att leda och samordna Västra Götalandsregionens säkerhets- och beredskapsarbete.

Ytterligare en dimension tillkommer genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22), vilka ålägger regionerna att säkerställa en tryggad vattenförsörjning till sina vårdinrättningar, oberoende av kommunernas prioriteringar. För att uppfylla detta krav krävs god samverkan mellan vårdgivare, regionens verksamheter och kommunala bolag, samt en tydlig ansvarsfördelning. Med tanke på de identifierade riskerna har revisionen därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av kritiska verksamhetssystem med fokus på mediaförsörjning, särskilt vattenförsörjningen.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen har implementerat och upprätthåller tillräckliga styr- och ledningssystem för att säkerställa dricksvattenförsörjningen till sjukhus vid kris- eller bristsituationer, med fokus på den operativa driften. Granskningen avser besvara följande revisionsfråga:

- Har styrelsen för fastighet, stöd och service säkerställt att styr- och ledningssystem inkluderat tekniska lösningar finns på plats för att garantera operativ drift av dricksvattenförsörjning till Västra Götalandsregionens sjukhusfastigheter vid kris- eller bristsituationer?

⁸ [Det svenska civila beredskapssystemet \(msb.se\)](https://www.msb.se/om-oss/beredskapssystemet)

⁹ Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024–2028, beredskaps- och krisledningsorganisation. Policy säkerhet och beredskap Västra Götalandsregionen (RS 2018–00129).

¹⁰ Reglemente för styrelsen för fastighet, stöd och Service (RS 2023–01583).

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier kommer att användas i granskningen:

- Kommunallag (2017:725) 6 kap 6§ om nämnders och styrelsers ansvar.
- Lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22)
- MSB Vägledning - Den robusta sjukhusbyggnaden
- Regional riktlinje, Krisberedskap och katastrofmedicin 2024 - 2028
- Regional riktlinje, Kontinuitetshantering, Säkerställande av kritisk verksamhet vid störning 2023 - 2027
- Policy för säkerhet och beredskap 2019–2 sep 2024
- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)
- Reglemente - Styrelsen för fastighet stöd och service

Avgränsning

Granskningen begränsas till Norra Älvsborgs länsjukhus (NÄL). Granskningen avgränsas också till vattenhanteringen inom sjukhusfastigheten, det vill säga den del som Västra Götalandsregionen ansvarar för.

Metod

Granskningen utfördes genom att ansvariga roller inom fastighet, stöd och service fick besvara frågor skriftligen och skicka in svar till revisionen¹¹. Granskningen utfördes också genom dokumentgranskning och intervju med Områdeschef, Västfastigheter drift.

¹¹ Driftchef NÄL, Driftchef Uddevalla, Teknisk förvaltare VVS

Resultat

Styrning och ledning

Enligt reglementet¹² ansvarar styrelsen för att dess organisation är tydlig och ändamålsenlig. Regionens riktlinje för krisberedskap och katastrofmedicin¹³ anger att det ska finnas lokala styrdokument som beskriver hur förvaltningen ska leda och organisera sig i händelse av kris eller krig. Det krävs kontinuitetsplanering hos alla verksamheter som har lokala tjänstepersoner i beredskap (TiB), och förvaltningen är ansvarig för att säkerställa ett aktivt kontinuitetsarbete.

Vidare betonar riktlinjen att vid en katastrofmedicinsk händelse kan Västra Götalandsregionen behöva samverka med olika aktörer beroende på händelsens art.

I granskningen har det framkommit att styrning och ledningssystemen är organiserade genom en linjeorganisation med definierade ansvar och roller. Förvaltningen har en driftberedskap och TiB för att hantera akuta situationer. TiB inom förvaltningen för Fastighet Stöd och Service spelar en central roll som initial krisledningsfunktion, samordnare och kontaktyta dygnet runt. TiB arbetar på uppdrag av förvaltningschefen och enligt regionala krav¹⁴, med mandat att använda resurser, samverka med externa aktörer och hantera kommunikation vid behov.

I intervjun har det framkommit att uppdraget att säkerställa vattenförsörjningen till sjukhuset och andra kritiska verksamheter hanteras inom ramen för ett driftuppdrag. Styrelsen gör en övergripande bedömning för att säkerställa att reglerna följs.

Driftuppdraget är en årlig överenskommelse mellan regionområde Västfastigheter bygg och förvaltning, som fungerar som beställare, och regionområde Västfastigheter drift, som är utförare. Det innehåller kravställningar för fastighetsdriften och ska överensstämja med den gällande upplagan av avtalet för fastighetsförvaltning. Driftuppdraget fastställs av regionområdeschefen för Västfastigheter bygg och förvaltning och regionområdeschefen för Västfastigheter drift.¹⁵

Två interna styrdokument, en driftstrategi och en riktlinje för driftuppdrag, reglerar detta driftuppdrag.

¹² Reglemente för styrelsen för fastighet, stöd och service, Diarienummer: RS 2023-01583

¹³ Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024-2028, RS10162-1596316381-260

¹⁴ Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024-2028, RS10162-1596316381-260

¹⁵ Riktlinje för att bereda och utföra fastighetsdrift 2023-2025, SFSS11824-89723525-94

I enlighet med Driftstrategi för en långsiktig robust och effektiv fastighetsdrift sker styrning av vattenförsörjning vid extraordinära händelser genom driftuppdrag och kontinuitetsplaner. Beredskapsorganisationen är dimensionerad för snabb respons med stöd av lokala och regionala resurser. Kontinuitetsplanerna säkerställer att störningar hanteras effektivt med minimala konsekvenser.¹⁶

Av Riktlinje för driftuppdrag¹⁷ framgår att driftuppdraget ska säkerställa fastighetsdriften under både normala och extraordinära förhållanden. Detta sker genom en beredskapsorganisation med dygnet runt-beredskap, kontinuitetsplaner och reservrutiner för att snabbt återställa vattenförsörjning vid störningar. Ansvaret för detta ligger på driftorganisationen. Ansvarsfördelningen vid händelser bygger på principerna om ansvar, närhet, likhet, agera och samverkan.

Vid intervjun framkom att samverkan vid extraordinära händelser mellan förvaltningen för fastighet, stöd och service, dess beredskapsorganisation, andra kommunala aktörer och statliga myndigheter är begränsad på enhetsnivå och styrs ofta av lokala initiativ. Planering och konkreta insatser, såsom att säkerställa rent vatten, sker främst i samarbete mellan förvaltningens driftsorganisation på NÅL och den kommunala förvaltning som ansvarar för vattenförsörjning på lokal nivå. På högre nivåer, såsom avdelningen för säkerhet och beredskap, förekommer dock organiserad samverkan. Detta inkluderar förvaltningen fastighet, stöd och service samt dialog mellan regionala tjänstepersoner i beredskap, SOS Alarm och den kommunala räddningstjänsten.

Risk- och sårbarhetsanalys

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap åläggs regioner att analysera potentiella extraordinära händelser som kan inträffa i fredstid samt bedöma deras påverkan på den egna verksamheten. Analysens resultat ska därefter värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys (RSA).

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ska funktionen TiB finnas i verksamheter som har ett särskilt ansvar för samhällsviktig verksamhet eller krishantering. Regionala riktlinjen för krisberedskap och katastrofmedicin¹⁸ anger att det ska finnas

¹⁶ Driftstrategi, Fastighet, stöd och service, Västfastigheter Drift, 2024-07-03

¹⁷ Riktlinjen är fastställd den 12 november 2024 av regionområdeschefen och gäller för Västfastigheter drift.

¹⁸ Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024–2028, beredskaps- och krisledningsorganisation. Policy säkerhet och beredskap Västra Götalandsregionen (RS 2018–00129)

kontinuitetsplanering hos alla verksamheter som har lokala TiB. Dessa planer ska minst årligen ses över, övas och uppdateras vid behov.

Vidare framgår det av regionens riktlinje för kontinuitetshantering¹⁹ att kontinuitetsarbetet ska baseras på en konsekvensanalys och riskbedömning. Syftet är att identifiera kritiska verksamhetsprocesser och ställa krav på kontinuitet för dessa. Kontinuitetsplaner ska därför regelbundet testas, övas, utvärderas och revideras för att säkerställa deras funktionalitet.

Vid intervjun framkom att risker kopplade till vattenförsörjning vid extraordinära händelser identifierats och analyserats. Arbetet sker dock internt av Driftorganisationen inom förvaltningen för fastighet, stöd och service, utan samverkan med brukare som sjukhus. Dessa risk- och sårbarhetsanalyser används för säkerhetsarbetet och uppdateras vid större organisatoriska eller fastighetsrelaterade förändringar, men inte årligen.

Riskanalyserna utförs av tekniska förvaltare och driftpersonal. Nya analyser görs vid väsentliga förändringar, medan befintliga kompletteras med aktuella datum. De används internt inom enheten bygg- och förvaltning samt driftverksamheten och rapporteras inte till centrala system.

Vid intervjun framkom att i vissa sjukhusverksamheter vid NÄL, exempelvis dialysavdelningen, används sjukhusintern medicinteknisk utrustning med reningssystem för vatten för att möta höga verksamhetskrav. Dessa system kan producera kliniskt rent vatten oavsett kvaliteten på inkommande vatten. Sjukhusförvaltningen ansvarar för planering och drift av denna utrustning. För att säkerställa funktionaliteten i den medicintekniska utrustningen ställs krav på serviceförvaltningen att inom sitt ansvar för vattenförsörjningen underhålla filter och annan utrustning.

Vid intervjun har det framkommit att risker kopplade till vattenförsörjning vid extraordinära händelser har identifierats och analyserats. Arbetet sker dock inte i samverkan med brukare som sjukhus eller andra verksamheter, utan hanteras internt av enheten fastighetsservice inom förvaltningen för fastighet stöd och service. Enligt intervjuade har denna enhet en god förståelse för både förbrukningen och kundernas behov, inklusive nödvändig information om kundernas krav.

19 Kontinuitetshantering - Regional riktlinje verkställighet 2023 – 2027, RS10162-1596316381-76

Beredskap och åtgärder

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska kommuner och regioner analysera extraordinära händelser som kan inträffa i fredstid och hur dessa kan påverka den egna verksamheten. Resultatet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) anger att regionen ska planera för att säkerställa att el, vatten, värme, tele- och datakommunikation samt andra viktiga system fungerar i lokalerna. För att säkra driften av dessa system ska det även planeras för att personal med rätt kompetens snabbt ska kunna kallas in vid behov. En katastrofmedicinsk beredskapsplan ska omfatta hur nödvändiga funktioner inom hälso- och sjukvården, inklusive vattenförsörjning, ska larmas och aktiveras vid en allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse.

Den regionala riktlinjen för kontinuitetshantering beskriver att kontinuitetshantering innebär en planering som syftar till att minimera de negativa effekterna av avbrott. Denna planering ska säkerställa tillgången till kritiska resurser och funktioner som krävs för att upprätthålla prioriterad verksamhet. Kontinuitetsplaner ska regelbundet testas och uppdateras. Förvaltningschefen har ansvaret för att säkerställa att kontinuitetsplaner tas fram för organisationens kritiska processer och att åtgärder vidtas för att hantera kritiska beroenden.

Policyn för säkerhet och beredskap i VGR anger att säkerhets- och beredskapsarbetet ska skydda alla tillgångar inom regionen, inklusive personella, materiella och immateriella resurser. Kontinuitetshantering ska säkerställa tillgången till kritiska resurser genom förebyggande planering och långsiktig resiliens.

Vid intervjun har det framkommit att styrelsen har vidtagit åtgärder för att hantera avbrott i vattenförsörjningen vid extraordinära händelser genom att implementera nöddrift-rutiner på samtliga sjukhus. Dessa rutiner är särskilt utformade för att säkerställa vattenförsörjningen även vid störningar och hålls regelbundet aktuella och uppdaterade.

För att ytterligare stärka beredskapen har förvaltningen infört kontinuitetsplanering tillsammans med utbildningsprogrammet "Säkra driften", som regelbundet genomförs och fokuserar på driftberedskap. Dessa beredskapsplaner syftar till att hantera avbrott och säkerställa en stabil tillgång till rent vatten vid sjukhusfastigheter, även under extraordinära förhållanden.

Vid intervjun har det framkommit att för att säkerställa redundans och robusthet i vattenförsörjningssystemen har flera åtgärder implementerats. Som en del av beredskapen finns vattendunkar placerade på sjukhusen för att möta akuta behov. Det finns dessutom en plan för var kommunen kan placera en vattenkärra vid behov, vilket ytterligare stärker beredskapen. Dessa planer är genomarbetade och har testats under skarpa situationer, vilket har bidragit till att utvärdera deras effektivitet. Praktiska tester av beredskapsåtgärder för vattenförsörjning har genomförts i Falköping, Skövde och på Näl.

Utbildning, övning och kommunikation

Enligt den regionala riktlinjen för krisberedskap och katastrofmedicin²⁰, har sjukvårdsförvaltningarna ansvar för att identifiera personalgrupper som behöver utbildas och övas i katastrofmedicin. De ska även säkerställa att personalen deltar i de utbildningar och övningar som specificeras i den regionala utbildnings- och övningsplanen. Vidare ska medarbetare vara insatta i verksamhetens katastrofmedicinska planering och ha tillgång till dessa planer.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) ska personal regelbundet utbildas och övas för att både upprätthålla och utveckla sin beredskap. Detta inkluderar att genomföra insatser vid allvarliga händelser samt att säkerställa att personalen har rätt kompetens för att hantera krissituationer.

När det gäller kommunikation framgår det av den regionala riktlinjen för krisberedskap och katastrofmedicin att den regionala kommunikationens i beredskap (RKiB) ansvarar för att sammanställa kommunikativa lägesbilder och vidta åtgärder för att hantera händelser som påverkar regionen. RKiB stöttar också lokala kommunikationsfunktioner och säkerställer att information effektivt når berörda parter, inklusive personal och patienter.

Vid intervjun har det framkommit att utbildningar genomförs regelbundet för att säkerställa personalens beredskap vid vattenförsörjningsavbrott. Ett centralt inslag är utbildningsprogrammet "Säkra driften", som riktar sig till driftberedskapen och inkluderar nöddriftsplaner. Programmet är utformat för att säkerställa att all personal utbildas kontinuerligt och att åtgärderna integreras i tillsyns- och skötselplanerna genom ett planeringsverktyg som

²⁰ Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024–2028, beredskaps- och krisledningsorganisation. Policy säkerhet och beredskap Västra Götalandsregionen (RS 2018–00129)

genererar arbetsordrar. Detta system säkerställer att inget förbises och att åtgärder genomförs strukturerat.

Det framgår dock att politiker inte informeras specifikt om hanteringen eller uppdateringen av nöddriftsrutiner och tillsynsplaner, utan dessa förväntas vara en fråga som hanteras inom verkställighetsansvaret i förvaltningen.

Kunskapsöverföring är också en viktig del av beredskapsarbetet. Den sker både vid beredskapsöverlämningar och genom utbildningsprogrammet i "Säkra driften". Programmet bidrar till att integrera lärdomar från tidigare händelser i tekniska krav och riktlinjer och stärker därigenom personalens kompetens.

För personal inom förvaltningen för fastighet, stöd och service riktas utbildningarna främst till driftpersonal som hanterar vattenförsörjningen praktiskt. Trots detta framgår det i intervjun att det saknas dokumentation över vad som faktiskt har genomförts, och det finns inte en specifik utbildningsplan för varje del som anger vad som ska göras vid ett visst tillfälle. I stället har detta hittills varit upp till driftschefens bedömning. En formell struktur och dokumentation för utbildningarna är under planering.

De nuvarande utbildningarna genomförs lokalt på varje sjukhus, men kvaliteten varierar beroende på arbetsledarens engagemang och de resurser som sjukhusen har tillgång till. Detta gäller särskilt sjukhus med reservvattenverk, där högre kompetens och utbildningskvalitet krävs.

En årlig övning genomförs i VGR verksamheter (sjukhus) som ligger inom olika kommungeografier, exempelvis i Skövde, men dessa övningar har ofta en teoretisk och övergripande karaktär. De är inte alltid anpassade till sjukhusens specifika behov eller inkluderar externa aktörer som länsstyrelsen eller räddningstjänsten. Dock används vissa reservvattensystem kontinuerligt i sjukhusens drift för att säkerställa både kompetens och systemens funktionalitet. Detta arbetssätt minskar behovet av större omkopplingar vid störningar och upprätthåller en hög beredskapsnivå. Vi har noterat att det inte genomförs några övningar på NÄL.

Kommunikation vid vattenförsörjningsavbrott sker på flera olika sätt. Felanmälningar hanteras via kundtjänst eller en TiB, där all relevant information samlas och vidarebefordras. Kommunikation sker också mellan TiB på olika förvaltningar för att säkerställa att alla berörda parter informeras om avbrott och åtgärder.

Enligt den intervjuade personen betraktas kompetensen hos driftenheter och teknisk förvaltning som tillräcklig för att hantera eventuella problem. Om något skulle hända, förväntas uppkomna problem kunna hanteras effektivt. Vidare upprätthålls en larmkedja genom dygnet runt-beredskap på alla sjukhus. En tjänsteman i beredskap tillhandahålls alltid på sjukhusen inom fastighet, stöd och service, medan en regional tjänsteman i beredskap fungerar som kontaktpunkt. Den regionala tjänstemannen säkerställer dessutom att de delar av regionen som kan vara svåra att nå på lokal nivå, både internt och externt, fångas upp. Genom detta system möjliggörs mobilisering av full kraft när något inträffar.

Teknik och kvalitet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) ska regionen planera för robusta och säkra lokaler för att upprätthålla kritiska system som el, vatten, värme, tele- och datakommunikation vid extraordinära händelser. Vidare ska det finnas tekniska lösningar och kompetent personal tillgänglig för att snabbt hantera eventuella störningar.

Dessutom föreskriver Regional riktlinje för krisberedskap och katastrofmedicin att sjukhusförvaltningarna ska ha planer för försörjning av nödvändigt material och utrustning, inklusive specifika åtgärder för att upprätthålla vattenkvaliteten vid katastrofmedicinska händelser.

Enligt SOSFS 2013:22 ska regionen även kontinuerligt övervaka och kontrollera vattenkvaliteten i sina lokaler. Detta omfattar regelbunden inspektion av utrustning samt upprätthållande av nödvändig dokumentation för att snabbt identifiera och åtgärda brister. I linje med detta framgår det i Regional riktlinje för krisberedskap och katastrofmedicin att sjukhusförvaltningarna ska följa rutiner för att övervaka driften av kritiska system och säkerställa att vattenkvaliteten uppfyller alla gällande standarder vid händelser som kan påverka sjukhusens kapacitet.

Vid intervjun har det framkommit att tekniska lösningar säkerställs genom teknisk samordning och kontinuerlig uppföljning. Därigenom ansvarar en teknisk samordnare för att koordinera arbetet, medan tekniska förvaltare med ansvar för olika discipliner, såsom VVS (varmvattencirkulationssystem), utarbetar tekniska krav och riktlinjer. Dessa styrdokument spelar en central roll för att reglera vattensystemens funktionalitet och används som en grund för både planering och genomförande av projektarbete.

Vid projektering och genomförande av bygg och installationsprojekt granskas styrdokumentens tekniska krav och riktlinjer noggrant, med fokus på redundans och säkerhet, som tydligt framgår i dokumentationen. Därefter sker upphandling baserat på dessa specifika krav, vilket säkerställer att systemen designas och implementeras enligt fastställda standarder.

Tekniska krav och riktlinjer är ett strategiskt styrdokument som reglerar hur tekniska lösningar och utrustning ska implementeras och övervakas i sjukhusfastigheter. Det säkerställer att tekniska åtgärder, såsom redundans, skydd mot återströmning och temperaturkontroll, finns på plats för att garantera vattenkvaliteten under både normala och extraordinära förhållanden. Dokumentet är därför centralt för att säkerställa att sjukhusens vattenförsörjningssystem upprätthåller en hög nivå av säkerhet och funktionalitet. Det fungerar även som en grundläggande referens för teknisk samordning, upphandling och projektering och genomförande av bygg och installationsprojekt inom Västra Götalandsregionens fastighetsförvaltning.

Vidare framkom det vid intervjun att vattenkvaliteten vid sjukhusfastigheterna övervakas kontinuerligt genom systematiska inspektioner och provtagningsprogram. Förvaltningen för fastighet, stöd och service har implementerat ett provtagningsprogram av dricksvattenkvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhusfastigheter. Provtagning sker löpande för att identifiera och åtgärda vattenförsörjningsrelaterade problem. Det finns tydliga riktlinjer för åtgärder vid problem i vattensystemen. Riktlinjerna har tagits fram i samråd med sjukhusförvaltningarna och svarar upp mot författning och myndighetsföreskrifter, såsom Livsmedelsverkets föreskrifter samt på kundernas specifika behov.

Enligt Driftuppdrag - Riktlinje ska driftorganisationen utföra provtagning av dricksvatten minst en gång per år, om inte strängare krav ställs av myndigheter. Dessutom tas specifika provtagningsprogram fram för varje förvaltningsobjekt, vilka definierar metod och frekvens för provtagning. För fastigheter med reservvattensystem genomförs provtagning i enlighet med Livsmedelsverkets föreskrifter (SLVFS 2001:30) för att säkerställa att vattenkvaliteten uppfyller gällande standarder.

Dessutom reglerar Tekniska krav och riktlinjer regelbunden kontroll för att minimera risken för spridning av Legionella. Detta innefattar temperaturövervakning i tappvatten- och VVC-system, samt strategiskt placerade mätare för att följa parametrar som temperatur, tryck och flöde i systemen. Förebyggande åtgärder som UV-rening och skydd mot

återströmning, enligt SS-EN 1717²¹, bidrar också till att säkerställa vattenkvaliteten.

Utvärdering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) ska regionen systematiskt följa upp och utvärdera katastrofmedicinsk beredskap med en frekvens och omfattning som säkerställer att beredskapen upprätthålls. Utvärderingen omfattar granskning av säkerheten i driften av kritiska system som vatten, värme samt andra viktiga resurser. Baserat på dessa utvärderingar ska regionen vidta nödvändiga åtgärder för att stärka beredskapen och minska sårbarheter. Förbättringsåtgärder som identifieras ska också implementeras systematiskt och bidra till att utveckla ledningssystem samt stärka kunskapsöverföring inom organisationen.

Vid intervjun har det framkommit att utvärdering och uppföljning av beredskapsplanerna sker genom en strukturerad process som inkluderar kunskapsöverföring och lokal uppföljning på driftenheterna. I samband med överlämning av TiB analyseras erfarenheter från genomförda övningar och verkliga händelser, i syfte att säkerställa att lärdomar integreras i framtida beredskapsarbete.

Förbättringsåtgärder identifieras och implementeras dessutom genom användning av utbildningsprogram "Säkra driften". Genom detta program överförs erfarenheter från tidigare händelser och övningar, och identifierade förbättringspunkter integreras i tekniska krav och riktlinjer. Dessa förbättringar rapporteras regelbundet vidare till teknisk förvaltning under möten för att säkerställa en kontinuerlig utveckling av beredskapen.

Sammanfattande bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har implementerat och upprätthåller tillräckliga styr- och ledningssystem för att säkerställa dricksvattenförsörjningen till sjukhus vid kris- eller bristsituationer. Bedömningen fokuserar särskilt på den operativa driften och dess förmåga att hantera dessa situationer effektivt. Revisionen bedömer dock att det finns några förbättringsområden som styrelsen behöver omhänderta.

Enligt reglementet ansvarar styrelsen för att säkerställa att organisationen är tydlig och ändamålsenlig. Revisionen bedömer att styrelsen har en tydlig

²¹ Svensk standard · SS-EN 1717 Vattenförsörjning - Skydd mot förorening av dricksvatten - Allmänna krav på skyddsdon för att förhindra förorening genom återströmning.

linjeorganisation och relevanta interna styrdokument. Samverkan på enhetsnivå med externa aktörer är dock begränsad och behöver stärkas för att säkerställa en mer effektiv hantering av kriser.

Den regionala riktlinjen för krisberedskap och katastrofmedicin anger att kontinuitetsplaner ska ses och uppdateras minst årligen vid behov. Enligt regionens riktlinje för kontinuitetshantering ska kontinuitetsplaner regelbundet utvärderas och revideras för att säkerställa deras funktionalitet. Revisionen bedömer att styrelsen arbetar i enlighet med dessa krav, men uppdateringarna av kontinuitetsplanerna sker inte årligen, vilket utgör en avvikelse från kravet på regelbunden uppdatering.

Enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap ska kommuner och regioner analysera potentiella extraordinära händelser och deras påverkan på verksamheten. Revisionen noterar att styrelsen har implementerat nöddrift rutiner för att hantera avbrott i vattenförsörjningen vid samtliga sjukhus, inklusive en plan för var kommunen kan placera en vattenkärra vid behov. Dessa planer är väl genomarbetade och har testats under skarpa situationer. Revisionen noterar även att praktiska tester av beredskapsåtgärder för vattenförsörjning har genomförts på Näl.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) ska personal regelbundet utbildas och övas för att säkerställa och utveckla sin beredskap. Regionala riktlinjer för krisberedskap kräver också att kommunikationen ska säkerställa att alla berörda parter får rätt information vid störningar.

Revisionen noterar att utbildningar genomförs regelbundet genom utbildningsprogrammet "Säkra driften," som riktar sig till driftberedskapen och inkluderar nöddriftsplaner. Revisionen bedömer dock att det saknas dokumentation över genomförda utbildningar och att en specifik utbildningsplan för varje del, som anger vad som ska göras vid ett visst tillfälle, inte finns. Vidare genomförs årliga övningar, men dessa är inte alltid anpassade till sjukhusens specifika behov, och det framgår att inga övningar har genomförts på NÄL. Kommunikation via TiB fungerar effektivt.

Enligt SOSFS 2013:22 ska regionen kontinuerligt övervaka och kontrollera vattenkvaliteten i sina lokaler. Revisionen noterar att styrelsen uppfyller dessa krav genom att ha robusta tekniska lösningar och ett provtagningsprogram för att säkerställa vattenkvaliteten. Tekniska krav och riktlinjer används som en grund för både projektering och drift. Vid

sjukhusfastigheterna övervakas vattenkvaliteten kontinuerligt genom systematiska inspektioner och regelbundna provtagningar.

Styrelsen följer enligt SOSFS 2013:22 upp och utvärderar katastrofmedicinsk beredskap för att säkerställa funktionaliteten i kritiska system som vatten och värme. Utvärderingen sker genom en strukturerad process där lärdomar från övningar och händelser analyseras och integreras i framtida arbete. Programmet "Säkra driften" används för att implementera förbättringsåtgärder och stärka riktlinjer. Dessa förbättringar rapporteras regelbundet till teknisk förvaltning för att säkerställa en kontinuerlig utveckling av beredskapen.

Rekommendationer

Revisionen rekommenderar styrelsen för fastighet, stöd och service att

- implementera årlig uppföljning och uppdatering av kontinuitetsplaner
- utföra praktiska övningar på sjukhusnivå för att testa och säkerställa planernas funktionalitet
- förstärka dokumentationen av genomförda utbildningar och utveckla utbildningsplaner.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00070

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för folkhögskolorna

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

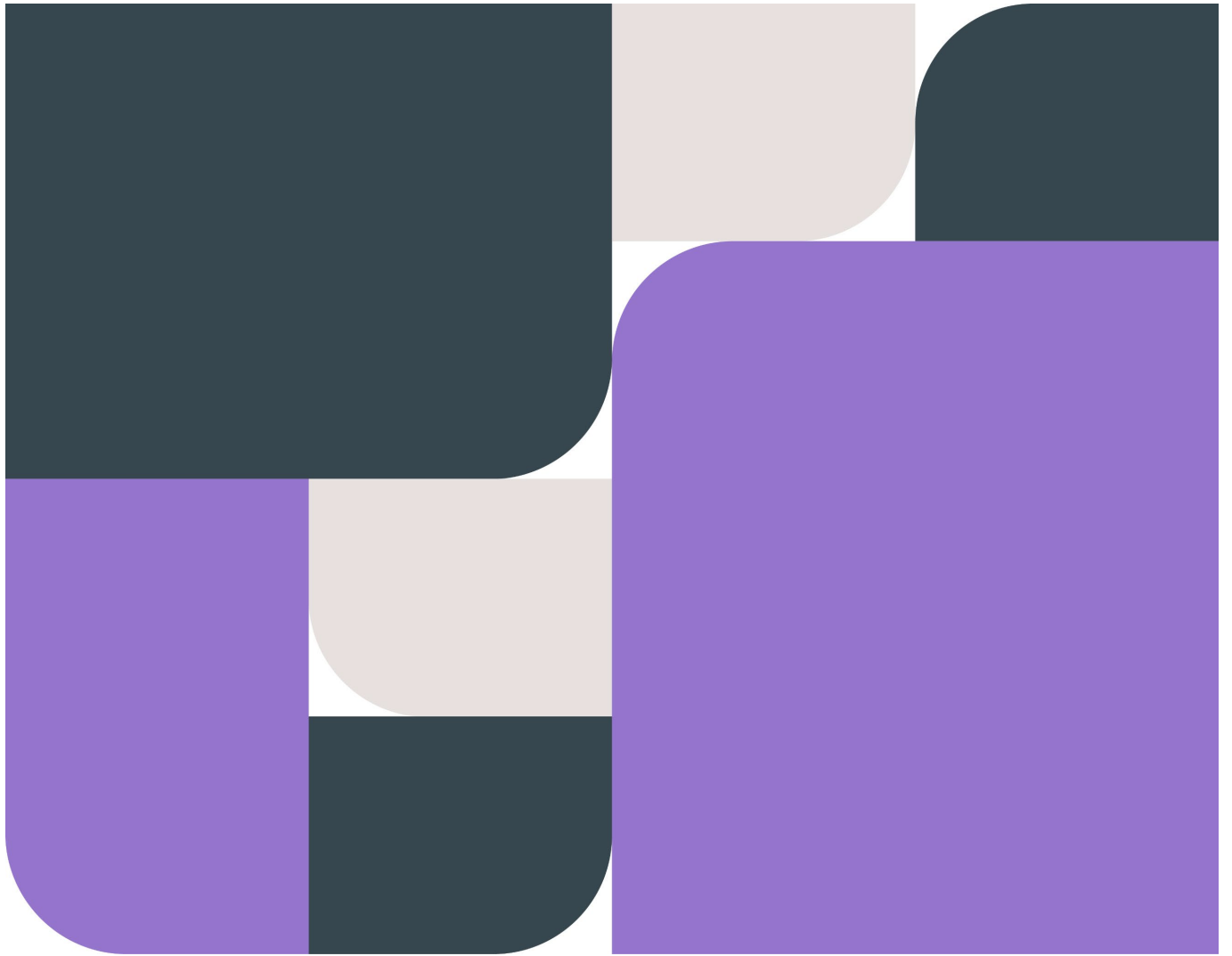
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för folkhögskolorna

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för folkhögskolorna – granskning
av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00070

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Waisuddin Sadry och Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Bo-Lennart Bäcklund

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Fördjupad granskning	6
4. Granskning av räkenskaper	13
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	14
Revisionens uppdrag	15

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- uppdragstyrning av folkhögskolorna (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Uppdragsstyrning av folkhögskolorna

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

Utgångspunkter för granskningen

Västra Götalandsregionen har lagstiftat ansvar för hållbar regional utveckling innefattande uppgifter för hållbar regional tillväxt, utbildning och kompetensförsörjning. Regionfullmäktige har beslutat om ansvar, riktlinjer och mål för nämnder och styrelser inom området. Miljö- och regionutvecklingsnämnden (MRU) tillträdde sitt uppdrag 2023. Nämnden har ett verksamhetsansvar som ledande politiskt organ för styrning av regional hållbar utveckling. Detta innefattar att vara uppdragsgivare till styrelsen för naturbruk och styrelsen för folkhögskolorna genom att peka ut mål och prioriteringar vilka ska återrapporteras årligen.

MRU:s uppdrag till styrelsen för naturbruk samt styrelsen för folkhögskolorna 2024–2026 ska bidra till att uppfylla Vision Västra Götaland och är en del av genomförandet av den regionala utvecklingsstrategin. Uppdragen till respektive styrelse skiljer sig inom flera områden, men är också likartade. Bland annat framgår av uppdrag att både styrelsen för naturbruk samt styrelsen för folkhögskolorna är viktiga aktörer i frågor gällande kompetensförsörjning, inkludering och fullföljda studier och delar målet att öka andelen elever som fullföljer sina studier.

Styrelsen för naturbruk och styrelsen för folkhögskolorna har ansvar för att utveckla verksamheten med tydliga, mätbara och tidsbestämda mål. De ska också använda relevanta indikatorer för att följa upp måluppfyllelsen över tid. Enligt respektive styrelses reglemente ska de samarbeta för att effektivt använda Västra Götalandsregionens resurser.

Det finns en risk för bristande styrning av uppdragstagarnas styrelser, styrelsen för naturbruk respektive styrelsen för folkhögskolorna, i förhållande till regionfullmäktiges beslut om ansvar, riktlinjer och mål på området. Riskens baseras på god revisionssed och gäller bristande

måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi, samt bristande styrning och intern kontroll. Därför har revisorerna beslutat att genomföra en fördjupad granskning.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelsen för naturbruk och styrelsen för folkhögskolorna utformat en ändamålsenlig styrning med tillräcklig intern kontroll inom sina respektive ansvar i reglemente som uppdragstagare. Granskningen avser att besvara följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen för folkhögskolorna säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning och uppföljning av uppdrag?
- Har styrelsen för folkhögskolorna säkerställt att beslutad styrning och uppföljning genomförts och rapporterats?

Revisionskriterier

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

1. Regionfullmäktiges budget 2024
2. Regional utvecklingsstrategi
3. Reglemente för beställare
4. Reglemente för utförare
5. Policy Styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026

Metod

Granskningen utfördes genom dokumentanalys och en intervju med förvaltningschef och verksamhetscontroller.

Avgränsning

Granskningen avgränsas till bedömning av utförares övergripande struktur för styrning, uppföljning och återrapportering av uppdrag. I denna rapport redovisas endast den del av granskningen som gäller för styrelsen för folkhögskolorna.

3.1.1 Resultat

Organisation och ansvar

Av budgetmålet¹ *Bygga kompetens för bättre kompetensförsörjning och livslångt lärande* framgår att Västra Götalandsregionen ska kraftsamla för fullföljda studier. Detta innebär bland annat att regionen som ägare till egna folkhögskolor ska skapa förutsättningar för god studiemiljö med internat för personer långt från arbetsmarknaden.

Vidare anger i Regionens policy för styrning² att nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheter som säkerställer att uppdrag, överenskommelser och mål genomförs samt att verksamheten är effektiv, ändamålsenligt organiserad och att den interna kontrollen är tillräcklig. Styrningen bör vara tillräcklig för att planera, genomföra, följa upp och analysera verksamheten.

I linje med detta ansvar för styrning har regionfullmäktige beslutat att MRU får ge andra verksamheter uppdrag. Uppdragen ska möta invånarnas behov, utgå från en grundläggande förståelse för verksamheten och dess förutsättningar, samt från regionfullmäktiges måldokument, strategiska planer och budget. Uppdragen ska utgöra en samlade styrning för utförarstyrelsernas fortsatta planering, genomförande och uppföljning.

Av reglemente för MRU³ framgår att nämnden ska i enlighet med måldokument och strategiska planer, besluta om uppdrag och tilldelning av ekonomiska resurser till Västra Götalandsregionens utförarverksamheter inom nämndens område. Enligt reglementet för styrelsen för folkhögskolorna⁴ ska styrelsen arbeta för att uppnå fastställda mål och följa givna uppdrag och riktlinjer. Styrelsen bedriver folkbildningsverksamhet som grundas på uppdrag och ekonomiskt stöd från folkbildningsrådet samt på uppdrag från MRU och kulturnämnden.

Av folkhögskolestyrelsens protokoll⁵ framgår att uppdraget beskriver bland annat statens syfte med folkbildningen och de fyra perspektiv⁶ som utgör grunden för regionens ägande av folkhögskolor. Uppdraget pekat ut mål

¹ Regionfullmäktiges budget 2024

² Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026

³ Reglemente för miljö- och regionutvecklingsnämnden, Dnr: RS 2023–01583

⁴ Reglemente för styrelsen för folkhögskolorna, Dnr: RS 2023–01583

⁵ Beslut om mottagande av uppdrag från MRU för perioden 2024–2026, DNR: FHSK 2023–00222

⁶ Religiöst och politiskt obundna, starkt och långsiktigt ägande, regionalpolitiska perspektiv och riktade insatser

och prioriteringar för uppdragsperioden där MRU har två perspektiv på uppdraget:

1. att ge Västra Götalandsregionens folkhögskolor förutsättningar för folkbildning och utbildningsverksamhet, och på så sätt öka mångfalden av huvudmän som bedriver folkhögskola
2. att ge Västra Götalandsregionens folkhögskolor en roll i den hållbara, regionala utvecklingen

Uppdraget har en definierad tidsram. Uppdraget för perioden 2022–2023 var tvåårigt, medan uppdraget för perioden 2024–2026 har ett treårigt perspektiv. Beslut om uppdragets finansiering tas dock årligen i anslutning till fördelningen av MRU och kulturnämndens budgetmedel.⁷

I granskningen har framkommit att kansliet, som leds av förvaltningschefen, ansvarar för samordningen av de sex skolorna som omfattas av uppdraget. När regionfullmäktiges budget anländer, påbörjar ledningsgruppen en analys av målen och anslagsramarna. I ledningsgruppen ingår förvaltningschef, rektorer, verksamhetscontroller, ekonom och HR.

Vid intervjun framkom det att varje folkhögskola har ett självständigt ansvar att utarbeta verksamhetsplaner och årsredovisningar i enlighet med Folkbildningsrådets krav. På detta sätt kopplas regionfullmäktiges mål och MRU:s uppdrag direkt till skolornas arbete. Förvaltningen samordnar skolornas planer och driver samtidigt utvecklingsarbete på en övergripande nivå för att bidra till måluppfyllelse.

Enligt de intervjuade har folkhögskolorna ett centralt ansvar för att själva utforma aktiviteter som bidrar till att uppfylla de mål och uppdrag som fastställts av regionfullmäktige och MRU. För att säkerställa att dessa aktiviteter är effektiva används indikatorer för att mäta framstegen, och resultaten följs upp på förvaltningsnivå. Verksamhetscontroller har löpande dialoger med rektorerna och ger stöd i att formulera aktiviteter samt förbättra verksamhetsplaner. Dessa planer granskas slutligen av ledningsgruppen innan de godkänns av styrelsen.

Vid intervjun framkom det att samarbetet mellan förvaltningen och MRU beskrivs som välfungerande på både tjänstemannanivå och presidienivå. Förvaltningschefen har huvudansvaret för dialogen med regionutvecklaren på MRU, där frågor kring uppdragets struktur och strategiska riktning diskuteras. Vid eventuella svårigheter lyfts frågorna vidare till

⁷ Uppdrag till styrelsen för VGR:s folkhögskolor 2024–2026, Dnr MRU 2023–00763

regionutvecklingsdirektören. Processen för att utforma MRU:s uppdrag är omfattande och sträcker sig över flera månader, med regelbundna möten och kommunikation för att säkerställa att uppdraget anpassas till både regionala och statliga krav. Regionutvecklaren på MRU och förvaltningen arbetar tillsammans under denna process för att utforma och vid behov justera uppdragens innehåll.

Vidare framkom det vid intervjun att förvaltningschefen, med stöd av verksamhetskontroller och ekonomer, ansvarar för planering, budgetfrågor och dialogen med MRU. Skolorna ansvarar för att implementera uppdragen genom sina verksamhetsplaner. Styrelsen fattar beslut om verksamhetsplanerna och årsredovisningarna för både skolorna och förvaltningen. Dessutom beslutar styrelsen om planen för internkontroll, detaljbudgeten, delårsrapporter, kursutbud samt om att ta emot uppdraget.

Verksamhetskontroller erbjuder stöd till skolorna genom att tillhandahålla mallar för planering och uppföljning, genomföra uppföljningsmöten om framstegen med de planerade aktiviteterna samt identifiera eventuella utmaningar, och samla in data för att spåra indikatorer över tid. Utöver detta sker rapportering till Folkbildningsrådet för att uppfylla statliga krav. På lång sikt finns dock en önskan att utveckla en mer strategisk och visionär styrning som kan ge organisationen en tydligare inriktning över en tioårsperiod. Denna långsiktiga planering är något som förvaltningen ser som en viktig framtida utmaning och förvaltningschefen har även lyft dessa frågor med regionutvecklingsdirektören.

Beredning

I granskningen har det framkommit att uppdraget har diskuterats och beretts av tjänstepersoner på Koncernkontoret och folkhögskoleförvaltningen.⁸ Vid intervjun har det framkommit att samtliga relevanta styrande dokument, såsom regional utvecklingsstrategi, budget och reglementen, har beaktats i beredningsprocessen för att säkerställa att uppdraget är väl förankrat och i linje med övergripande riktlinjer.

Intern kontroll

Regionens policy för styrning⁹ anger att nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheter som säkerställer att uppdrag, överenskommelser och mål genomförs samt att verksamheten är effektiv, ändamålsenligt organiserad och att den interna kontrollen är tillräcklig. Styrningen bör

⁸ Uppdrag till styrelsen för VGR:s folkhögskolor 2024–2026, Dnr MRU 2023–00763

⁹ Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026

vara tillräcklig för att planera, genomföra, följa upp och analysera verksamheten.

Verksamhetskontroller anger att intern kontroll och hantering av risker kopplade till styrning och uppföljning av uppdrag integreras i detaljbudgetarbetet, där Västra Götalandsregionens rutin för internkontroll följs. Verksamhetscontroller och förvaltningschefen har samarbetat med presidiet i detta arbete och särskilt lyft dessa frågor i årets riskanalys.

Samarbeten med andra aktörer

Enligt förvaltningschefen har Västra Götalandsregionen utvecklat tre fokusområden för sitt samarbete med Arbetsförmedlingen: projektet Helhetslyftet, som fokuserar på hantering av tredjelandsmedborgare; VIA-projektet, som syftar till att anställa unga inom regionen; och anvisningar av deltagare till folkhögskolor. Styrelsen för folkhögskolorna samarbetar även med kommuner genom projekt som Helhetslyftet, samt med styrelsen för naturbruksgymnasierna och med ett antal folkhögskolor.

Vi har noterat att folkhögskoleförvaltningen även deltar i flera olika nätverk, bland andra Offentligägda folkhögskolornas intresseorganisation, Västra Götalands Bildningsförbund, Delregionala kompetensråd inom regionen, Vuxenutbildningsnätverket i Fyrbodalen. Internationellt sker samarbeten med folkhögskolor i Norden. Förvaltningen driver även projekt som AI i Fokus och Ung-labbet samt samverkar med Västtrafik och olika utbildningsaktörer för att utveckla folkhögskolornas roll.

Uppföljning och utvärdering

Den regionala utvecklingsstrategin ska bidra till fyra långsiktiga prioriteringar varav bygga kompetens är en prioritering. För att nå prioriteringen krävs insatser för att förbättra matchningen på arbetsmarknaden och att underlätta för fler att etablera sig på arbetsmarknaden. Detta förutsätter en kraftsamling för att barn och unga i större utsträckning ska fullfölja sina studier. Regionen har det övergripande ansvaret för uppföljning av den regionala utvecklingsstrategin men respektive aktör ansvarar för att följa upp sina insatser. Ett aktivt arbete krävs för att skapa ett strategiskt lärande av de uppföljningar och utvärderingar som görs.¹⁰

¹⁰ Regional utvecklingsstrategi för Västra Götaland 2021–2030

MRU ansvarar för uppföljning och utvärdering av uppdraget enligt nämndens reglemente.¹¹ Styrelsen för folkhögskolorna återrporterar MRU:s uppdrag, i ett särskilt avsnitt i årsredovisningen. Därutöver görs årliga avstämningar mellan presidierna för styrelsen för folkhögskolorna och MRU.

I återrportereringen till MRU redovisar styrelsen för folkhögskolorna hur bidraget fördelas på uppdragets olika delar enligt fastställda indikatorer och kvalitativa beskrivningar. Återrportereringen redogör för de specifika, mål som verksamheten styr mot, hur arbetet utformats för att nå dem, samt resultatet av det arbetet. Styrelsen för folkhögskolorna utformar själv mål och insatser för att nå dessa. Indikatorer som används för att följa upp resultatet fastställs tillsammans med MRU. Uppdraget bygger på att Folkbildningsrådets statsbidragsvillkor följs.

Under 2024 genomförde MRU en uppföljning av uppdragen för 2022–2023¹² som tilldelats styrelsen för Västra Götalandsregionens folkhögskolor. Resultatet av uppföljningen visade att:

- Fördelningen av MRU:s bidrag på uppdragets olika delar har redovisats på ett tillfredsställande sätt.
- Styrelsen för folkhögskolorna fullgör de uppgifter som följer av Västra Götalandsregionens huvudmannaskap och uppdraget bygger på att folkbildningsrådets statsbidragsvillkor följs.

3.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning och tillräcklig intern kontroll inom styrelsens ansvarsområden som uppdragstagare.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning och uppföljning av uppdrag. Vidare bedömer revisionen att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats på ett tillfredsställande sätt.

¹¹ Reglemente för miljö- och regionutvecklingsnämnden, Dnr: RS 2023–01583

¹² Uppföljning av uppdrag till styrelsen för Västra Götalandsregionens folkhögskolor 2022–2023, Dnr: MRU 2023–00165

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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.

5.1 Uppföljning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskade intern kontroll i redovisningsrutiner 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att införa dualitetskontroll vid upprättande av manuella bokningar. Från och med januari 2024 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med ledning samt via dokumentgranskning.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00060

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Folktandvården

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

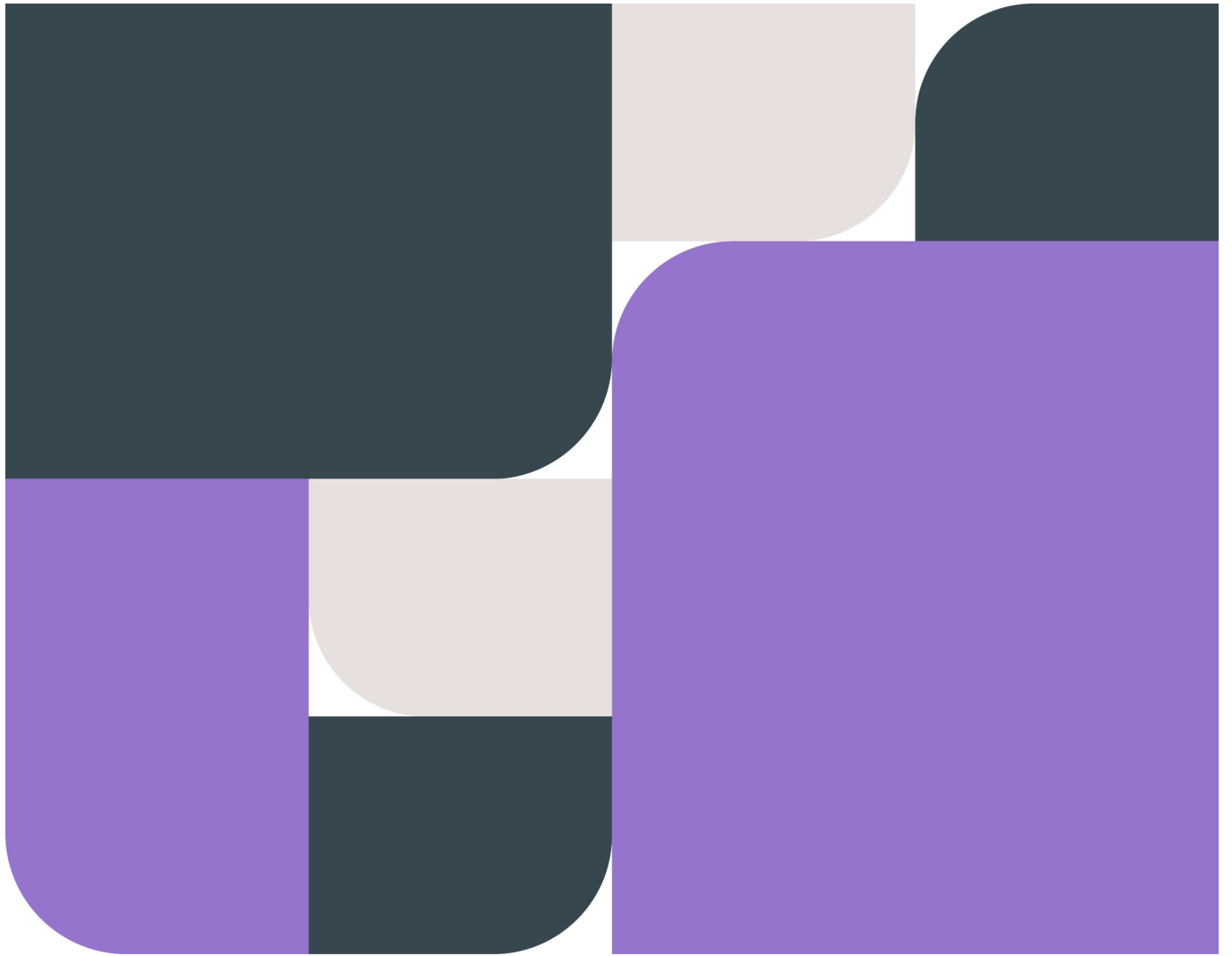
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för Folktandvården

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Folktandvården – granskning av verksamhetsår 2024

Diarienummer: Rev 2024-00060

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Martin Andersson och Emelie Duong

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor Anne-Lie Sundling

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Fördjupad granskning	6
4. Granskning av räkenskaper	7
Revisionens uppdrag	8

Bilaga:

- Granskning av kompetensförsörjning med fokus att behålla medarbetare

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- kompetensförsörjning med fokus att behålla medarbetare (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras den fördjupade granskningen som har genomförts där riskanalysen och tidigare granskning visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Kompetensförsörjning med fokus på att behålla medarbetare

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Rapporten finns i bilaga 1. Kompetensförsörjning är en av Folk tandvårdens största utmaningar nu och under många år framåt. Den pågående förändringen i tandvårdsbranschen innebär en ny och stor utmaning med bland annat lönekonkurrens från framför allt nyetablerade privata tandvårdskedjor. Detta kan medföra svårigheter att behålla medarbetare och kan leda till att Folk tandvården inte klarar sitt uppdrag.

Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen för Folk tandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Folk tandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Bedömningen är att det finns en tydlig styrning för att behålla medarbetare. Granskningen visar att styrelsen har mål kopplat till att behålla medarbetare, tagit fram en kompetensförsörjningsplan och identifierat vilka utmaningar som finns.

Bedömningen är att det genomförs åtgärder för att behålla medarbetare. Granskningen visar att det pågår flera åtgärder för att behålla medarbetare med koppling till de utmaningar som har identifierats.

Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Granskningen visar att det sker löpande uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Däremot bedömer revisionen att förbättringsarbete kan göras avseende att utvärdera effekterna av åtgärderna.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnas inga rekommendationer till styrelsen.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsordreglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.


Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmanrevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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



Revisionsrapport
2025-03-19

Bilaga: Granskning av kompetensförsörjning med fokus att behålla medarbetare

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

En ökad efterfrågan på välfärdstjänster samt stora pensionsavgångar medför att regioner aktivt behöver arbeta med kompetensförsörjningen.

Kompetensförsörjning är en av Folktandvårdens största utmaningar nu och under många år framåt. Den pågående förändringen i tandvårdsbranschen innebär en ny och stor utmaning med bland annat lönekonkurrens från framför allt nyetablerade privata tandvårdskedjor. Detta kan medföra svårigheter att behålla medarbetare och kan leda till att Folktandvården inte klarar sitt uppdrag.

Revisorskollegiets har sedan 2023 ett flerårigt granskningsområde som omfattar kompetensförsörjning som beskrivs som en nyckelkomponent för att uppnå verksamhetens mål och överlevnad. Det innebär bland annat att behålla kompetenta medarbetare för att fortsatt vara konkurrenskraftiga.

Mot denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en granskning av arbetet med kompetensförsörjning med fokus på att behålla medarbetare inom Folktandvården.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för Folktandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

1. Finns en tydlig styrning för att behålla medarbetare?
2. Genomförs åtgärder för att behålla medarbetare?
3. Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare?

Revisionskriterier

- Budget 2024 samt plan för ekonomi 2025-2026 Västra Götalandsregionen
- Regiongemensam plan för kompetensförsörjning Västra Götalandsregionen 2023
- Detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 Folkvandvården
- Reglemente styrelsen för Folkvandvården
- Kompetensförsörjningsplan 2024 Folkvandvården

Metod

Intervjuer har genomförts med HR-chef och områdeschefer inom allmäntandvården och dokumentstudier.

Granskningens resultat

Styrning

Mål

I regionfullmäktiges budget finns två mål med sju tillhörande fokusområden kopplat till kompetensförsörjning (behålla medarbetare):

- Västra Götalandsregionen ska vara en ledande och attraktiv arbetsgivare med konkurrenskraftiga löner och ett hälsofrämjande ledarskap som grund.
- Medarbetares arbetsmiljö ska förbättras genom satsning på återhämtning och avlastning och inflytande över sin arbetsmiljö.

I Folkvandvårdens detaljbudget är regionfullmäktiges prioriterade mål kopplat mot ett av Folkvandvårdens långsiktiga verksamhetsmål rätt kompetens. Till detta mål finns sex tillhörande fokusområden¹.

Mätning av verksamhetsmålet rätt kompetens sker genom hållbart medarbetarengagemang (HME) och mäts i samband med medarbetarundersökningen under 2024.

¹ Folkvandvårdens sex fokusområden är löner, utvecklingsvägar, förstärka det systematiska arbetsmiljöarbetet, utveckla och förstärka arbetsgivarvarumärket, resistivitet och förändringsledning, Detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 Folkvandvården.

Reglemente för styrelsen för Folktandvården

Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

Regiongemensam plan för kompetensförsörjning Västra Götalandsregionen 2023

Vart tredje år tar Västra Götalandsregionen fram en ny regiongemensam plan för kompetensförsörjning. Syftet med den regiongemensamma planen är att ge underlag för fortsatt planering och genomförande av Västra Götalandsregionens insatsområden. I planen beskrivs att det finns delregionala kompetensobalanser inom yrkesgrupperna tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor samt att det finns en hög personalomsättning bland tandläkare.

Kompetensförsörjningsplan

Styrelsen för Folktandvården har med utgångspunkt i den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, tagit fram en kompetensförsörjningsplan för Folktandvården 2024. Syftet med planen är att ge underlag för fortsatt planering och genomförande av prioriterade insatsområden för att säkerställa kompetensförsörjningen inom tandvården.

I kompetensförsörjningsplanen finns en nulägesanalys och en framtidsprognos för chefs- och ledarroller, specialisttandläkare, tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Vidare beskrivs utmaningar som finns idag, utvecklingsområden på 5-8 års sikt och de stora utmaningarna om 5-8 år.

De utmaningar som finns idag är stark lönekonkurrens från privata aktörer särskilt i städer och storstadsområden, genomströmningen av tandhygienistutbildningar och generationsväxling av specialisttandläkare såväl nationellt som regionalt.

De stora utmaningarna om 5-8 år är konkurrensen inom branschen, urbanisering och demografiutvecklingen och utbildningskapaciteten av tandvårdskompetensen.

Exempel på utvecklingsområden på 5-8 års sikt är genomströmning på tandhygienistprogrammet, använda kompetensen rätt, utveckla arbetssätt, utveckla chefs förutsättningar i verksamheten, ledarförsörjning och tydliggöra utvecklingsmöjligheterna.

Åtgärder för att behålla medarbetare

Med anledning av de identifierade utmaningarna arbetar Folktandvården för att behålla medarbetare genom ett antal aktiviteter. Nedan presenteras några exempel.

Kompetensutvecklingsinsatser

Varje chef ansvarar för att det finns en kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare i regionens kompetenshanteringssystem Komet.

Kompetensutvecklingsplanerna tas fram i samband med de årliga medarbetarsamtalen. Exempel på kompetensutvecklingsinsatser presenteras nedan.

Folktandvården har tagit fram ett utvecklingsprogram för nya tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister. Programmet är anpassat till respektive yrke, är obligatoriskt och löper på under två till tre år. Syftet med programmet är att nya medarbetare får möjlighet att utveckla sin kompetens och erfarenhet i olika arbetsmoment, lära känna Folktandvårdens verksamhet samt delta i nätverk med kollegor. I utvecklingsprogrammet ingår handledning, nätverksträffar, auskultation och utbildning i kommunikation och teamutveckling. Av intervjuer framkommer att utvecklingsprogrammet är uppskattat bland medarbetarna.

Folktandvårdens tandsköterskor har möjlighet att vidareutbilda sig till tandhygienister med utbildningsbidrag. Efter avslutad utbildning finns det krav på att stanna kvar i verksamheten i tre år. Under 2024 erbjöds totalt 15 tandsköterskor till utbildningen och av dessa blev 3 personer antagna. Anledningen var att flera sökande inte uppnådde kunskapskraven för att bli antagna till utbildningen eller valde att tacka nej. Enligt uppgift kommer denna möjlighet även att erbjudas under 2025.

Handledarutbildning erbjuds för de som vill handleda studenter som gör sin verksamhetsförlägs utbildning på tandläkarprogrammet, tandhygienistprogrammet och tandsköterskeutbildningen. Av intervjuer framkommer att studenterna vanligtvis får en anställning inom Folktandvården efter avslutad utbildning.

För att öka chef- och ledarkompetensen inom förvaltningen finns programmet nyfiken som chef. Programmet innebär att chefer har möjlighet att nominera in medarbetare som har intresse för chef och ledarskap. I programmet får medarbetarna öva på olika uppgifter kopplat till chef och ledarskap. Exempel är att prata inför grupp och att få ansvar för ett projektuppdrag. Enligt uppgift har detta arbete medfört att flera medarbetare har blivit chefer inom Folktandvårdens verksamheter.

Marknadsanpassat lönetillägg (zontillägg)

Syftet med zontillägg är att öka Folktandvårdens konkurrenskraft som arbetsgivare i områden där det är särskilt svårt att rekrytera och behålla tandläkare. Det finns två ersättningsnivåer baserat på vart klinikerna finns i de olika geografiska zonerna.

Arbetsmiljö

Av intervjuer framgår att det pågår flera åtgärder för att förbättra arbetsmiljön i syfte att behålla medarbetare och sänka sjukfrånvaron. Exempel på åtgärder är att stärka chefers kompetens om organisatorisk och social arbetsmiljö, ge stöd till chefer för ökad systematik och genomförandekraft i att skapa rätt villkor och förutsättningar för en hållbar arbetsmiljö. Två andra exempel är att ta bort onödiga administrativa uppgifter för medarbetare samt genomföra riskbedömningar av olika arbetsuppgifter som skulle kunna bidra till ohälsa.

Uppföljning

I delårsrapporten per augusti 2024 bedömer styrelsen att de kommer att uppnå fullmäktiges två mål:

- Västra Götalandsregionen ska vara en ledande och attraktiv arbetsgivare med konkurrenskraftiga löner och ett hälsofrämjande ledarskap som grund.
- Medarbetares arbetsmiljö ska förbättras genom satsning på återhämtning och avlastning och inflytande över sin arbetsmiljö

Styrelsen för Folktandvårdens långsiktiga verksamhetsmål rätt kompetens, mäts genom hållbart medarbetarengagemang (HME). Målvärdet för 2024 är 81 procent och resultatet uppgick till 82 procent (80 procent 2022).

Styrelsen får varje månad information om personalomsättning, återvändare och sjukfrånvaro. Vidare får styrelsen även information om de åtgärder som sker kopplat till att behålla medarbetare.

Personalomsättning

Personalomsättningen inklusive pensionsavgångar för perioden januari-augusti 2024, har minskat jämfört med samma period föregående år och är 6,6 procent mot 8,2 procent. Exkluderat pensionsavgångar ses en minskning från 6,3 procent till 4,8 procent.

Av intervju framkommer att det sker avgångssamtal med de som väljer att avsluta sin anställning inom Folktandvården. Den främsta orsaken till avslutade anställningar uppges vara lön. Enligt uppgift är det svårt för Folktandvården att kunna möta de löner som erbjuds från privata aktörer.

Återvändare

Av intervjuer framkommer att det finns återvändare, som trots högre lön återvänt till Folktandvården med anledning av bättre struktur, varierande arbete och bättre arbetsmiljö.

Revisionen har tagit del av statistik för återvändare inom yrkesgrupperna specialisttandläkare, tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor för åren

2020–2024. En ökning av återvändare sker i samtliga yrkesgrupper och den yrkesgruppen med flest antal återvändare är tandsköterskor.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron under november 2024 ligger på 8,4 procent, vilket anses som hög i jämförelse med hälso- och sjukvården inom Västra Götalandsregionen. Tandsköterskor och tandhygienister står för högst andel av sjukfrånvaron, både inom långtids- och korttidsfrånvaro. Av intervjuer framkommer att sjukfrånvaron inte har sjunkit sedan Covidpandemin och att det pågår arbete med att se över anledningarna till sjukfrånvaron för att i nästa steg vidta riktade åtgärder.

Effekter av åtgärder

Av intervjuer framgår det att det i nuläget inte går att dra några slutsatser om effekterna av åtgärderna. En översyn av detta pågår.

Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Folktandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Bedömningen är att det finns en tydlig styrning för att behålla medarbetare. Granskningen visar att styrelsen har mål kopplat till att behålla medarbetare, tagit fram en kompetensförsörjningsplan och identifierat vilka utmaningar som finns.

Bedömningen är att det genomförs åtgärder för att behålla medarbetare. Granskningen visar att det pågår flera åtgärder för att behålla medarbetare med koppling till de utmaningar som har identifierats.

Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Granskningen visar att det sker löpande uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Däremot bedömer revisionen att förbättringsarbete kan göras avseende att utvärdera effekterna av åtgärderna.

Rekommendationer

Inga rekommendationer lämnas med anledning av granskningen.

Diarienummer: REV 2024-00062

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård
– granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024-00062

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Per Waborg

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Granskning av räkenskaper	7
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	8
Revisionens uppdrag	10

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. Revisionen lämnar inga rekommendationer till Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård med anledning av granskningsårets 2024.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

3.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

4. Uppföljning av tidigare 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.

4.1 Uppföljning av ekonomi

Revisionen granskade ekonomistyrning 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att aktivt verka för en långsiktig ekonomi i balans och att återställa eget kapital enligt regionens riktlinjer.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med styrelse och ledning samt genom dokumentgranskning. Uppföljningen visar att förvaltningen visar ett positivt resultat på 1 057 000 som tillfaller det egna kapitalet. Botaniska visar då ett positivt eget kapital på 677 000 efter reglering av föregående års negativa eget kapital. Vidare har en långsiktig ekonomisk plan med ett sexårsperspektiv tagits fram för att aktivt verka för en långsiktig ekonomi i balans.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

4.2 Uppföljning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskade styrelsens interna kontroll i redovisningsrutiner 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar egen bokföringsorder.
- Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med ledning och styrelse. Uppföljning visar att det från och med 2024-01-01 krävs dubbel attest för manuella bokningar i ekonomisystemet.

4.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

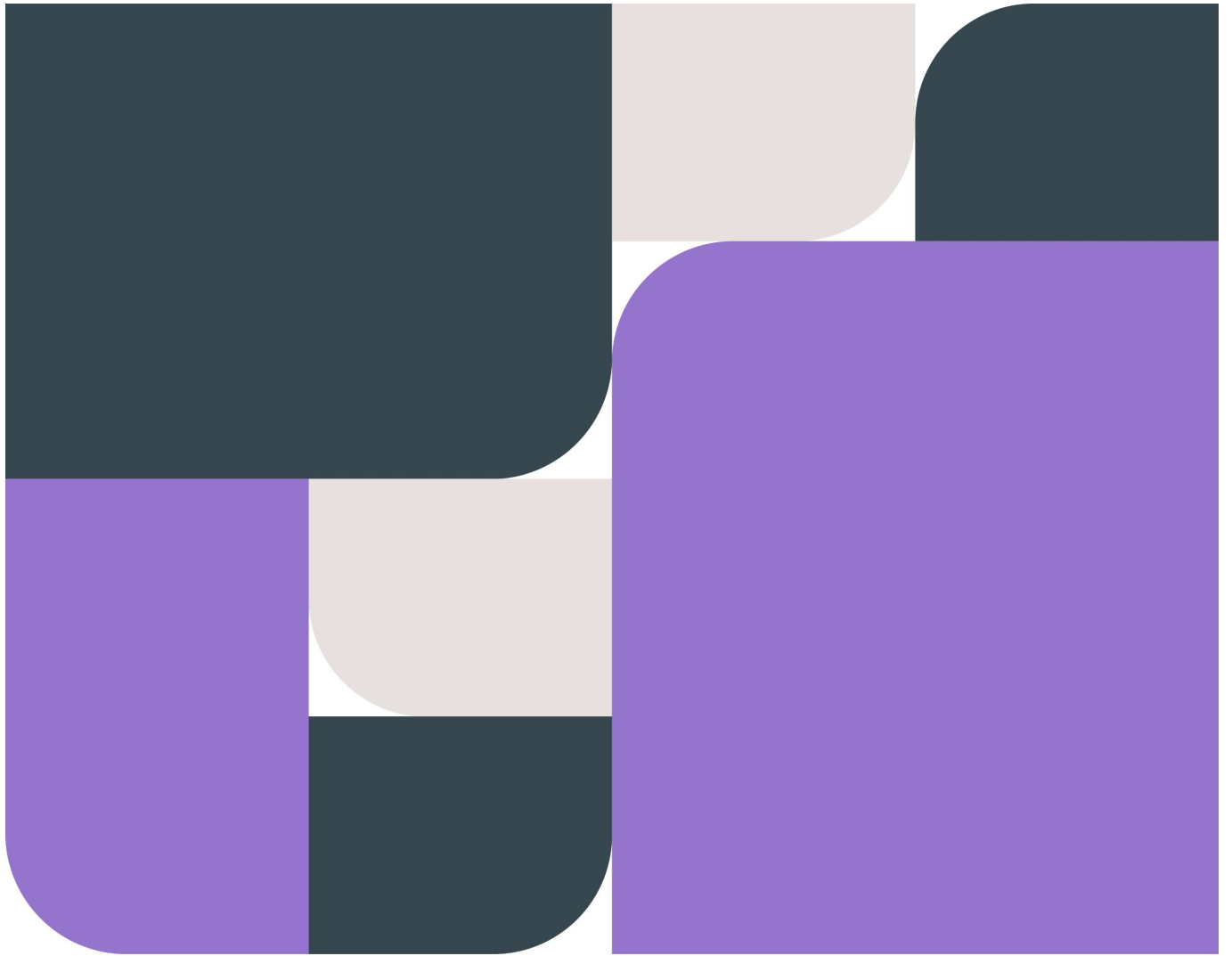
Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för Folktandvården

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Folktandvården – granskning av verksamhetsår 2024

Diarienummer: Rev 2024-00060

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorerna: Martin Andersson och Emelie Duong

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor Anne-Lie Sundling

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Fördjupad granskning	6
4. Granskning av räkenskaper	7
Revisionens uppdrag	8

Bilaga:

- Granskning av kompetensförsörjning med fokus att behålla medarbetare

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- kompetensförsörjning med fokus att behålla medarbetare (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras den fördjupade granskningen som har genomförts där riskanalysen och tidigare granskning visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Kompetensförsörjning med fokus på att behålla medarbetare

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Rapporten finns i bilaga 1. Kompetensförsörjning är en av Folk tandvårdens största utmaningar nu och under många år framåt. Den pågående förändringen i tandvårdsbranschen innebär en ny och stor utmaning med bland annat lönekonkurrens från framför allt nyetablerade privata tandvårdskedjor. Detta kan medföra svårigheter att behålla medarbetare och kan leda till att Folk tandvården inte klarar sitt uppdrag.

Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen för Folk tandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Folk tandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Bedömningen är att det finns en tydlig styrning för att behålla medarbetare. Granskningen visar att styrelsen har mål kopplat till att behålla medarbetare, tagit fram en kompetensförsörjningsplan och identifierat vilka utmaningar som finns.

Bedömningen är att det genomförs åtgärder för att behålla medarbetare. Granskningen visar att det pågår flera åtgärder för att behålla medarbetare med koppling till de utmaningar som har identifierats.

Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Granskningen visar att det sker löpande uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Däremot bedömer revisionen att förbättringsarbete kan göras avseende att utvärdera effekterna av åtgärderna.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnas inga rekommendationer till styrelsen.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.


Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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



Revisionsrapport
2025-03-19

Bilaga: Granskning av kompetensförsörjning med fokus att behålla medarbetare

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

En ökad efterfrågan på välfärdstjänster samt stora pensionsavgångar medför att regioner aktivt behöver arbeta med kompetensförsörjningen.

Kompetensförsörjning är en av Folktandvårdens största utmaningar nu och under många år framåt. Den pågående förändringen i tandvårdsbranschen innebär en ny och stor utmaning med bland annat lönekonkurrens från framför allt nyetablerade privata tandvårdskedjor. Detta kan medföra svårigheter att behålla medarbetare och kan leda till att Folktandvården inte klarar sitt uppdrag.

Revisorskollegiets har sedan 2023 ett flerårigt granskningsområde som omfattar kompetensförsörjning som beskrivs som en nyckelkomponent för att uppnå verksamhetens mål och överlevnad. Det innebär bland annat att behålla kompetenta medarbetare för att fortsatt vara konkurrenskraftiga.

Mot denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en granskning av arbetet med kompetensförsörjning med fokus på att behålla medarbetare inom Folktandvården.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för Folktandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

1. Finns en tydlig styrning för att behålla medarbetare?
2. Genomförs åtgärder för att behålla medarbetare?
3. Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare?

Revisionskriterier

- Budget 2024 samt plan för ekonomi 2025-2026 Västra Götalandsregionen
- Regiongemensam plan för kompetensförsörjning Västra Götalandsregionen 2023
- Detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 Folkvandvården
- Reglemente styrelsen för Folkvandvården
- Kompetensförsörjningsplan 2024 Folkvandvården

Metod

Intervjuer har genomförts med HR-chef och områdeschefer inom allmäntandvården och dokumentstudier.

Granskningens resultat

Styrning

Mål

I regionfullmäktiges budget finns två mål med sju tillhörande fokusområden kopplat till kompetensförsörjning (behålla medarbetare):

- Västra Götalandsregionen ska vara en ledande och attraktiv arbetsgivare med konkurrenskraftiga löner och ett hälsofrämjande ledarskap som grund.
- Medarbetares arbetsmiljö ska förbättras genom satsning på återhämtning och avlastning och inflytande över sin arbetsmiljö.

I Folkvandvårdens detaljbudget är regionfullmäktiges prioriterade mål kopplat mot ett av Folkvandvårdens långsiktiga verksamhetsmål rätt kompetens. Till detta mål finns sex tillhörande fokusområden¹.

Mätning av verksamhetsmålet rätt kompetens sker genom hållbart medarbetarengagemang (HME) och mäts i samband med medarbetarundersökningen under 2024.

¹ Folkvandvårdens sex fokusområden är löner, utvecklingsvägar, förstärka det systematiska arbetsmiljöarbetet, utveckla och förstärka arbetsgivarvarumärket, resistivitet och förändringsledning, Detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 Folkvandvården.

Reglemente för styrelsen för Folktandvården

Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

Regiongemensam plan för kompetensförsörjning Västra Götalandsregionen 2023

Vart tredje år tar Västra Götalandsregionen fram en ny regiongemensam plan för kompetensförsörjning. Syftet med den regiongemensamma planen är att ge underlag för fortsatt planering och genomförande av Västra Götalandsregionens insatsområden. I planen beskrivs att det finns delregionala kompetensobalanser inom yrkesgrupperna tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor samt att det finns en hög personalomsättning bland tandläkare.

Kompetensförsörjningsplan

Styrelsen för Folktandvården har med utgångspunkt i den regiongemensamma planen för kompetensförsörjning, tagit fram en kompetensförsörjningsplan för Folktandvården 2024. Syftet med planen är att ge underlag för fortsatt planering och genomförande av prioriterade insatsområden för att säkerställa kompetensförsörjningen inom tandvården.

I kompetensförsörjningsplanen finns en nulägesanalys och en framtidsprognos för chefs- och ledarroller, specialisttandläkare, tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Vidare beskrivs utmaningar som finns idag, utvecklingsområden på 5-8 års sikt och de stora utmaningarna om 5-8 år.

De utmaningar som finns idag är stark lönekonkurrens från privata aktörer särskilt i städer och storstadsområden, genomströmningen av tandhygienistutbildningar och generationsväxling av specialisttandläkare såväl nationellt som regionalt.

De stora utmaningarna om 5-8 år är konkurrensen inom branschen, urbanisering och demografiutvecklingen och utbildningskapaciteten av tandvårdskompetensen.

Exempel på utvecklingsområden på 5-8 års sikt är genomströmning på tandhygienistprogrammet, använda kompetensen rätt, utveckla arbetssätt, utveckla chefers förutsättningar i verksamheten, ledarförsörjning och tydliggöra utvecklingsmöjligheterna.

Åtgärder för att behålla medarbetare

Med anledning av de identifierade utmaningarna arbetar Folktandvården för att behålla medarbetare genom ett antal aktiviteter. Nedan presenteras några exempel.

Kompetensutvecklingsinsatser

Varje chef ansvarar för att det finns en kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare i regionens kompetenshanteringssystem Komet.

Kompetensutvecklingsplanerna tas fram i samband med de årliga medarbetarsamtalen. Exempel på kompetensutvecklingsinsatser presenteras nedan.

Folktandvården har tagit fram ett utvecklingsprogram för nya tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister. Programmet är anpassat till respektive yrke, är obligatoriskt och löper på under två till tre år. Syftet med programmet är att nya medarbetare får möjlighet att utveckla sin kompetens och erfarenhet i olika arbetsmoment, lära känna Folktandvårdens verksamhet samt delta i nätverk med kollegor. I utvecklingsprogrammet ingår handledning, nätverksträffar, auskultation och utbildning i kommunikation och teamutveckling. Av intervjuer framkommer att utvecklingsprogrammet är uppskattat bland medarbetarna.

Folktandvårdens tandsköterskor har möjlighet att vidareutbilda sig till tandhygienister med utbildningsbidrag. Efter avslutad utbildning finns det krav på att stanna kvar i verksamheten i tre år. Under 2024 erbjöds totalt 15 tandsköterskor till utbildningen och av dessa blev 3 personer antagna. Anledningen var att flera sökande inte uppnådde kunskapskraven för att bli antagna till utbildningen eller valde att tacka nej. Enligt uppgift kommer denna möjlighet även att erbjudas under 2025.

Handledarutbildning erbjuds för de som vill handleda studenter som gör sin verksamhetsförlags utbildning på tandläkarprogrammet, tandhygienistprogrammet och tandsköterskeutbildningen. Av intervjuer framkommer att studenterna vanligtvis får en anställning inom Folktandvården efter avslutad utbildning.

För att öka chef- och ledarkompetensen inom förvaltningen finns programmet nyfiken som chef. Programmet innebär att chefer har möjlighet att nominera in medarbetare som har intresse för chef och ledarskap. I programmet får medarbetarna öva på olika uppgifter kopplat till chef och ledarskap. Exempel är att prata inför grupp och att få ansvar för ett projektuppdrag. Enligt uppgift har detta arbete medfört att flera medarbetare har blivit chefer inom Folktandvårdens verksamheter.

Marknadsanpassat lönetillägg (zontillägg)

Syftet med zontillägg är att öka Folktandvårdens konkurrenskraft som arbetsgivare i områden där det är särskilt svårt att rekrytera och behålla tandläkare. Det finns två ersättningsnivåer baserat på vart klinikerna finns i de olika geografiska zonerna.

Arbetsmiljö

Av intervjuer framgår att det pågår flera åtgärder för att förbättra arbetsmiljön i syfte att behålla medarbetare och sänka sjukfrånvaron. Exempel på åtgärder är att stärka chefers kompetens om organisatorisk och social arbetsmiljö, ge stöd till chefer för ökad systematik och genomförandekraft i att skapa rätt villkor och förutsättningar för en hållbar arbetsmiljö. Två andra exempel är att ta bort onödiga administrativa uppgifter för medarbetare samt genomföra riskbedömningar av olika arbetsuppgifter som skulle kunna bidra till ohälsa.

Uppföljning

I delårsrapporten per augusti 2024 bedömer styrelsen att de kommer att uppnå fullmäktiges två mål:

- Västra Götalandsregionen ska vara en ledande och attraktiv arbetsgivare med konkurrenskraftiga löner och ett hälsofrämjande ledarskap som grund.
- Medarbetares arbetsmiljö ska förbättras genom satsning på återhämtning och avlastning och inflytande över sin arbetsmiljö

Styrelsen för Folktandvårdens långsiktiga verksamhetsmål rätt kompetens, mäts genom hållbart medarbetarengagemang (HME). Målvärdet för 2024 är 81 procent och resultatet uppgick till 82 procent (80 procent 2022).

Styrelsen får varje månad information om personalomsättning, återvändare och sjukfrånvaro. Vidare får styrelsen även information om de åtgärder som sker kopplat till att behålla medarbetare.

Personalomsättning

Personalomsättningen inklusive pensionsavgångar för perioden januari-augusti 2024, har minskat jämfört med samma period föregående år och är 6,6 procent mot 8,2 procent. Exkluderat pensionsavgångar ses en minskning från 6,3 procent till 4,8 procent.

Av intervju framkommer att det sker avgångssamtal med de som väljer att avsluta sin anställning inom Folktandvården. Den främsta orsaken till avslutade anställningar uppges vara lön. Enligt uppgift är det svårt för Folktandvården att kunna möta de löner som erbjuds från privata aktörer.

Återvändare

Av intervjuer framkommer att det finns återvändare, som trots högre lön återvänt till Folktandvården med anledning av bättre struktur, varierande arbete och bättre arbetsmiljö.

Revisionen har tagit del av statistik för återvändare inom yrkesgrupperna specialisttandläkare, tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor för åren

2020–2024. En ökning av återvändare sker i samtliga yrkesgrupper och den yrkesgruppen med flest antal återvändare är tandsköterskor.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron under november 2024 ligger på 8,4 procent, vilket anses som hög i jämförelse med hälso- och sjukvården inom Västra Götalandsregionen. Tandsköterskor och tandhygienister står för högst andel av sjukfrånvaron, både inom långtids- och korttidsfrånvaro. Av intervjuer framkommer att sjukfrånvaron inte har sjunkit sedan Covidpandemin och att det pågår arbete med att se över anledningarna till sjukfrånvaron för att i nästa steg vidta riktade åtgärder.

Effekter av åtgärder

Av intervjuer framgår det att det i nuläget inte går att dra några slutsatser om effekterna av åtgärderna. En översyn av detta pågår.

Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Folktandvården bedriver ett ändamålsenligt arbete med att behålla medarbetare inom ramen för kompetensförsörjningen.

Bedömningen är att det finns en tydlig styrning för att behålla medarbetare. Granskningen visar att styrelsen har mål kopplat till att behålla medarbetare, tagit fram en kompetensförsörjningsplan och identifierat vilka utmaningar som finns.

Bedömningen är att det genomförs åtgärder för att behålla medarbetare. Granskningen visar att det pågår flera åtgärder för att behålla medarbetare med koppling till de utmaningar som har identifierats.

Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Granskningen visar att det sker löpande uppföljning av arbetet med att behålla medarbetare. Däremot bedömer revisionen att förbättringsarbete kan göras avseende att utvärdera effekterna av åtgärderna.

Rekommendationer

Inga rekommendationer lämnas med anledning av granskningen.

Diarienummer: REV 2024-00058

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Habilitering & Hälsa

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsd 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

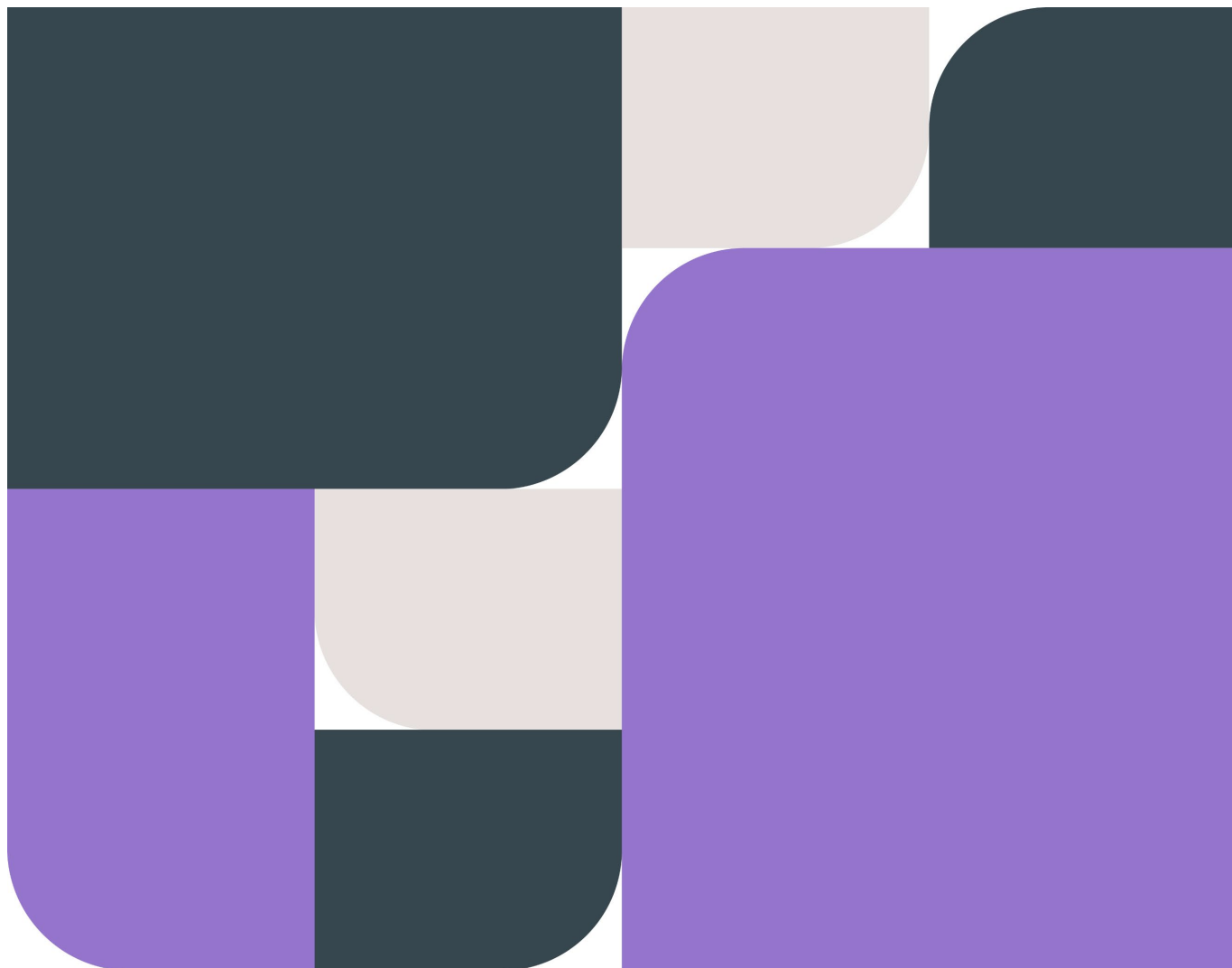
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för Habilitering & Hälsa

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Habilitering & Hälsa – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024-00058

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Marianne Förars Gustafsson (till och med 2024-12-31) och Peder Welin

Kvalitetsgranskare: Emelie Duong

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Björn Brogren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning	8
4. Granskning av räkenskaper	12
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	13
Revisionens uppdrag	15

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning av kompetensförsörjning
- granskning av räkenskaper
- uppföljning av rekommendationer.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för habilitering och hälsa har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat. Grundläggande granskning visar dock på vissa brister gällande styrelsens beslutsfattande avseende beslut fattade på delegation. Detta berör avgränsade delar av verksamheten och får därför inte genomslag på helhetsbedömningen.

1.1 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 avseende beslut fattade på delegation från styrelsen Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen för Habilitering & Hälsa att stärka uppföljning och kontroll av delegeringsbeslut som säkerställer lagstiftningens krav på dokumentation och är i enlighet med beslutad rutin (2024).
Granskning av samordnade insatser för barn och unga Inget svar	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen för Habilitering & Hälsa 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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>[Följs upp 2025.]</p>

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen för habilitering och hälsa har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar på vissa avvikelser vad gäller styrelsens beslutsfattande. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.1.1 Styrelsens beslutsfattande

Vi har under året översiktligt granskat styrelsen för habilitering och hälsas beslutsfattande, med fokus på delegationsbeslut, inom ramen för grundläggande granskning. Granskningen visar på förbättringsområden som vi bedömer att styrelsen behöver hantera under kommande år.

Enligt förvaltningslag paragraf 31 ska ett skriftligt beslut innehålla datum för beslut, vad beslutet innehåller, vem som fattat beslutet och vilka som medverkat i den slutliga handläggningen av ärendet. I styrelsen för

Habilitering & Hälsas delegeringsordning¹ finns en tillhörande rutin om delegering som anger att förvaltningschef ansvarar för att ta fram underlag till nämnden. Det anges även att delegeringsbeslut skrivs i Public 360² enligt manual innan ärendet anmäls till nämnden.

Totalt har 31 delegeringsbeslut anmälts till styrelsen för Habilitering & Hälsa under 2024. Vi har granskat ett mindre urval (fyra³) av styrelsens anmälda delegeringsbeslut och noterat att det finns avvikelser utifrån krav⁴ på att i ärendet redogöra:

- i korthet vad ärendet handlar om (i två av fyra stickprov)
- datum för beslut (i ett av fyra stickprov)
- vem eller vilka som har fattat beslutet (i två av fyra stickprov).

Vi har även noterat att styrelsen i tre av de granskade stickproven inte har säkrat en ärendeberedning i enlighet med sin egen beslutade rutin om delegering, att ärenden av sorten delegeringsbeslut ska skrivas i Public 360 och enligt dess manual.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta

¹ Delegeringsordning och arbetsordning, gällande från 2024-03-01. Diarienummer H&H 2024-00034.

² Public 360 är det digitala systemet för diarieföring och ärendeberedning för myndigheter och bolag inom Västra Götalandsregionen.

³ Stickprovet består av följande beslut: H&H 2023-00210, H&H 2023-00023, H&H 2024-00008, H&H 2024-00005.

⁴ Förvaltningslagen (2017:900), § 31.

om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen för habilitering och hälsa har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat. Vi bedömer att det finns vissa brister och förbättringsområden avseende anmälan av beslut på delegation till styrelsen.

Vi bedömer styrelsens ärendeberedning av delegationsbeslut som en avvikelse och ett förbättringsområde för styrelsen för Habilitering & Hälsa. Vi lämnar därför följande rekommendation till styrelsen som vi kommer följa upp under 2025:

Revisionen rekommenderar styrelsen för habilitering och hälsa att

- stärka uppföljning och kontroll av delegeringsbeslut som säkerställer lagstiftningens krav på dokumentation och är i enlighet med beslutad rutin.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Kompetensförsörjning

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av denna revisionsrapport.

Styrelsen för Habilitering & Hälsa är anställningsmyndighet för personal vid sin förvaltning och ansvarar för personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor. Styrelsen har enligt sitt reglemente att svara för bemannings- och kompetensförsörjningsfrågor för samtliga personalkategorier på kort och lång sikt⁵. I årsredovisning 2023 och i kompetensförsörjningsplan⁶ för styrelsen framkommer en relativt hög personalomsättning inom förvaltningen i stort och specifikt i vissa verksamheter de senaste åren. Styrelsen lyfter även att det finns utmaningar avseende rekrytering av vissa yrkesgrupper. Totalt har Habilitering & Hälsa cirka 1000 medarbetare fördelat på ett tjugotal behandlande yrkesgrupper samt medarbetare inom ledning, administration och stab.

Sammantaget har revisionen identifierat ett antal risker kring kompetensförsörjning för styrelsen, bland annat att styrelsen inte kan säkra tillräckliga kompetenser på kort och längre sikt för att kunna utföra vårduppdraget på ett ändamålsenligt sätt.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen har en tillräcklig styrning och intern kontroll för att säkra kompetensförsörjningen inom Habilitering & Hälsa.

Följande revisionskriterier har använts i vår granskning:

- Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)
- Reglemente för Habilitering & Hälsa (RS 2023–01583, antaget av regionfullmäktige den 27 februari 2024, § 18)

⁵ Reglemente för Habilitering & Hälsa antaget av regionfullmäktige den 27 februari 2024, § 18. Diarienummer RS 2023–01583.

⁶ Kompetensförsörjningsplan 2024, beslutad 2024-02-01, diarienummer H&H 2024-00058.

3.1.1 Resultat

Styrelsen planerar sin kompetensförsörjning

I detaljbudget 2024⁷ har styrelsen för habilitering och hälsa inom avsnittet medarbetare tilldelats två av regionfullmäktiges prioriterade mål samt nio fokusområden. De prioriterade målen är ”Västra Götalandsregionen ska vara en ledande och attraktiv arbetsgivare med konkurrenskraftiga löner och ett hälsofrämjande ledarskap som grund”. Samt målet ”medarbetares arbetsmiljö ska förbättras genom satsning på återhämtning och avlastning och inflytande över sin arbetsmiljö”. De underliggande fokusområdena och aktiviteterna för dessa båda mål återfinns senare i både kompetensförsörjningsplan och verksamhetsplan för 2024, se nedan⁸.

Styrelsen har i sin verksamhetsplan 2024 kompetensförsörjning som ett övergripande område med två fokusområden och fem aktiviteter. Bland de senare kan nämnas karriärutvecklingsmodeller, konkurrenskraftiga löner och att uppgiftsväxla alternativt avveckla olika arbetsuppgifter.

Styrelsen har en beslutad kompetensförsörjningsplan 2024⁹ i vilken de beskriver nuläget och har kartlagt särskilt svårrekryterade yrkesgrupper både ur ett kompetensmässigt och geografiska perspektiv samt orsaker till utmaningarna. De svårrekryterade yrkesgrupperna är i stor utsträckning kärnkompetenser för verksamheten såsom audionomer, psykologer och andra specialister som läkare och barnsjuksköterskor. I flera fall rör det sig om nationella utmaningar och bristyrken. Generellt beskrivs förvaltningen ha svårare att rekrytera högutbildade medarbetare utanför storstadsområdena.

Förvaltningen Habilitering & Hälsas olika verksamhetsområden tar, enligt uppgift från förvaltningen, fram egna kompetensutvecklingsplaner. Dessa ligger som grund för den förvaltningsövergripande kompetensförsörjningsplanen.

Förvaltningen kontrollerar och återrapporterar till styrelsen

Styrelsen får, visar vår protokollsgranskning och framkom i intervju, en rapport avseende personalområdet vid varje sammanträde. Rapporten inkluderar bland annat utveckling av nettoårsarbetare,

⁷ Budget och verksamhetsplan 2024 Habilitering & Hälsa, beslutad 2023-11-30, diarienummer H&H 2023-00483.

⁸ Verksamhetsplan 2024. Beslutad i samband med beslut om budget 2024 den 2023-11-30, § 49.

⁹ Kompetensförsörjningsplan 2024, beslutad 2024-02-01, diarienummer H&H 2024-00058.

personalomsättningen och sjukfrånvaron, men även rekryteringsläget och arbetsmiljöfrågor.

Habilitering & Hälsa har i sin riskanalys och plan för intern kontroll¹⁰ inför 2024 landat i tre risker som följs upp i internkontrollplan 2024:

- Hög personalomsättning, riskvärde 12
- Höga sjuktal, riskvärde 8
- Kompetensförsörjning inom svårrekryterade yrkesgrupper, riskvärde 12

Styrelsen har valt uppföljning av internkontrollplanen vid delårsbokslut april och i samband med årsredovisning 2024. Vid rapportering av de tre riskerna i april var två mål gula (delvis uppnått) och ett mål (personalomsättning) grönt.

I delårsrapport april¹¹ redovisades samtliga fokusområden inom medarbetarområdet. Av målen bedömdes sju som gröna (mål uppnås) och tre mål som gula (mål uppnås delvis).

I delårsrapport augusti¹² rapporteras de två prioriterade mål som är tilldelade styrelsen. Det ena målet, avseende förbättrad arbetsmiljö, bedömdes som grönt, målet uppnås. Målet att vara en ledande, attraktiv arbetsgivare med konkurrenskraftiga löner och hälsofrämjande ledarskap bedömdes som gult, målet uppnås delvis. I rapporten hänvisas till arbetet med en lönestrategi och lönesatsningar till kärnkompetenser i förvaltningen. Även arbete med hälsofrämjande ledarskap lyfts fram som en aktivitet inom detta mål i rapporteringen.

Åtgärder vidtas för kompetensförsörjningen

Styrelsen har ett antal pågående uppdrag avseende kompetensförsörjningen som svarar mot befintliga utmaningar. Förvaltningen har tagit fram en lönestrategi som en del i att bli en attraktiv arbetsgivare¹³. Denna ska möjliggöra riktade lönesatsningar till kärnkompetenser och även möjliggöra differentierade löner. Under året har förvaltningen arbetat med åtgärder för en ekonomi i balans vilket även gett ett lägre antal nettoårsarbetare jämfört med 2023 (19,8 nettoårsarbetare

¹⁰ Styrelsen för habilitering och hälsas internkontrollplan 2024, beslutad 2023-11-30 § 47, diarienummer H&H 2023-00475.

¹¹ Delårsrapport april 2024, beslutad 2024-05-16 § 33, diarienummer H&H 2024-00163.

¹² Delårsrapport augusti 2024, beslutad 2024-09-19 § 50, diarienummer H&H 2024-00304.

¹³ Intervju med förvaltningen i oktober 2024 och delårsrapport augusti 2024.

färre per augusti 2024). I intervju med förvaltningen framkommer att styrelsens begränsning i budgetutrymme skapar utmaningar med att kunna erbjuda konkurrenskraftiga löner och att även finansiering för utbildningstjänster av läkare och psykologer (specialistnivå) saknas i nuläget.

I intervju anges även att förvaltningen har tagit fram en rapport avseende sjukfrånvaron där orsaksanalys gjorts och åtgärder föreslagits, varav ledningsgruppen har beslutat att genomföra vissa av dessa åtgärder. Bland annat ska ett behovs- och analysteam arbeta systematiskt framöver med de arbetsplatser som har en hög eller ökande sjukfrånvaro.

I vår granskning av dokument¹⁴ och i intervjuer med förvaltningen framkommer att styrelsen har ett flertal pågående åtgärder inom förvaltningen med att bli en hälsofrämjande arbetsplats, både för medarbetare och för chefer. En förvaltningsorganisation har tillskapats för detta syfte där hälsoombud till stöd för cheferna och arbete med hälsofrämjande ledarskap ingår som delar.

3.1.2 Bedömning

Revisionen gör bedömningen att styrelsen för Habilitering & Hälsa har en tillräcklig styrning och intern kontroll för kompetensförsörjning inom förvaltningen.

Vi bedömer att den interna kontrollen är ändamålsenligt organiserad och utformad, i enlighet med policy för styrning. Den interna kontrollen är tillräcklig och verksamheten planerar utifrån givna uppdrag och resurser för att fullfölja sitt uppdrag. Detta svarar mot styrelsens reglemente och även mot policy för styrning.

Vi bedömer även att styrelsen följer och verkar för att fullgöra sitt ansvar som anställningsmyndighet genom sin planering, uppföljning och åtgärder avseende arbetsmiljöfrågor respektive övriga personalfrågor inom sina verksamhetsområden.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi inga rekommendationer.

¹⁴ Se delårsrapportering och kompetensförsörjningsplan 2024.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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 följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Granskning av samordnade insatser för barn och unga

5.1 Uppföljning av granskning av samordnade insatser för barn och unga

Revisionen granskade samordnade insatser för barn och unga 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderade 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.
- 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.
- arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansytta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Styrelsen har lämnat ett yttrande¹⁵ till revisionen kring omhändertagandet av rekommendationerna och på presidiedialog respektive i samtal med förvaltningsledningen har ärendet berörts. Det har bland annat tillsatts en för ändamålet dedikerad arbetsgrupp inom förvaltningen med syfte att ta fram en handlingsplan för att stärka styrningen och uppföljningen av arbetet med SIP för barn och unga. Styrelsen har även fått detta uppdrag återrapporterat under året¹⁶. I sitt yttrande anges att den digitala samverkansytan möjliggörs först vid införandet av

¹⁵ Yttrande avseende granskning av samordnade insatser för barn och vuxna. Beslutat 2024-05-16, § 34, diarienummer H&H 2023-00533.

¹⁶ Styrelsens sammanträde 2024-11-28, § 63 Information.

vårdinformationssystemet Millennium. När detta sker är i nuläget oklart med hänsyn till det pausade införandet.

5.1.1 Bedömning

Revisionen har baserat på vår uppföljning gjort bedömningen att styrelsen för habilitering och hälsa har gett uppdrag och avsatt resurser för att stärka sitt arbete med SIP i enlighet med regelverken samt för att stärka uppföljningen. Samt att styrelsen inväntar driftsättningen av Millennium för att förverkliga en gemensam digital samverkansyta.

Vårdinformationssystemet Millenniums införande i Västra Götalandsregionen är tills vidare pausat vilket påverkar styrelsens planerade åtgärder för rekommendationen. Vår bedömning är därför att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna men att rekommendationerna kvarstår tills vidare och att revisionen följer upp dem under kommande år för att se vilka effekter dessa insatser har gett.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00059

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Hälsan och Stressmedicin

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Hälsan och Stressmedicin

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Hälsan och Stressmedicin – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00059

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Gun Alexandersson Malm

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning	7
4. Granskning av räkenskaper	13
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	14
Revisionens uppdrag	15

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- granskning av styrelsens arbete med informationssäkerhet
- granskning av räkenskaper
- uppföljning.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar att det finns förbättringsområden inom arbetet med informationssäkerhet.

Revisionen bedömer utifrån den fördjupade granskningen av informations-säkerhetsarbetet att styrelsen delvis bedriver ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet.

Granskningen visar att styrelsen delvis har en tillräcklig styrning av informationssäkerhetsarbetet. Ansvar för informationssäkerhet behöver dokumenteras. Vidare visar granskningen att styrelsen inte arbetar i enlighet med gällande regelverk inom informationssäkerhetsområdet. Informationsklassning, riskhantering och kontinuitetsplanering behöver genomföras i enlighet med regionens riktlinjer och rutiner. Slutligen visar granskningen att bolaget delvis har en tillräcklig uppföljning av informationssäkerhetsarbetet.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av styrelsens arbete med informations-säkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att fastställa en dokumenterad organisation där ansvar för informations-säkerhetsarbetet framgår (2024).
Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att arbetet avseende informationsklassning, riskhantering och kontinuitetsplanering bedrivs i enlighet med regionens riktlinjer för informations-säkerhet och dataskydd (2024). Revisionen rekommenderar styrelsen att årligen följa upp informations-säkerhetsarbetet i enlighet med regionens riktlinjer (2024).

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Granskning av styrelsens arbete med informationssäkerhet

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

Västra Götalandsregionen hanterar stora mängder information som måste skyddas och behandlas korrekt. Bristande informationssäkerhet kan leda till informationsläckor, störningar i verksamhet och förtroendekriser. Revisionen har därför beslutat att granska arbetet med informationssäkerhet inom Hälsan och Stressmedicin.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen bedriver ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet.

Granskningen avsåg att besvara följande revisionsfrågor:

1. Har styrelsen en tillräcklig styrning av informations-säkerhetsarbetet?
2. Arbetar styrelsen i enlighet med gällande regelverk inom informationssäkerhetsområdet?
3. Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av informations-säkerhetsarbetet?

Granskningen har utförts genom dokumentstudier och intervju med tjänstepersoner som arbetar med informationssäkerhet.

Revisionskriterierna utgörs av:

- Informationssäkerhet och dataskydd – Riktlinje informationssäkerhet och dataskydd 2023–2027 (RS 2023–02811).
- Informationsklassning – Regional rutin 2024–2028
- Riskhantering för informationssäkerhet – Regional rutin 2024–2028
- Reglemente för styrelsen för Hälsan och Stressmedicin (RS 2023–01583).

3.1.1 Resultat

Har styrelsen en tillräcklig styrning av informations-säkerhetsarbetet?

Organisation och ansvar inom informationssäkerhet

Enligt regionens riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd ska förvaltningen ha en informationssäkerhetssamordnare, dataskyddssamordnare och ett dataskyddsbud. Varje informationstillgång ska ha en informationsägare som ansvarar för informationsklassning, riskbedömning, att säkerhetsåtgärder implementeras och efterlevs samt tilldelar, avslutar och följer upp behörigheter. Ansvaret för informationssäkerheten ska dokumenteras.

I granskningen framkommer att förvaltningen har en informations-säkerhetssamordnare och dataskyddssamordnare samt ett dataskyddsbud genom regionens centrala funktion för dataskydd. Det finns även en utpekad informationsägare för förvaltningens verksamhetsstöds-system.

Förvaltningen har en dataskyddsgrupp där informationssäkerhets- och dataskyddssamordnaren ingår tillsammans med en forskningsassistent från Institutet för Stressmedicin och förvaltningens kvalitet-, miljö- och arbetsmiljöansvarig. Enligt de intervjuade träffas gruppen varannan vecka tillsammans med dataskyddsbudet för att diskutera dataskydds-relaterade frågor.

De intervjuade uppger att ansvar och roller inom informationssäkerhet inte finns dokumenterat utöver det som framgår av regionens riktlinjer och rutiner inom informationssäkerhet och dataskydd.

Vidare uppger de intervjuade att förvaltningen tagit fram en mall för incidenthantering och en rutin för hantering av personuppgiftsincidenter men uppger att de i övrigt följer regionens riktlinjer och rutiner inom informationssäkerhet och dataskydd.

Årshjul och handlingsplan säkerhetsarbete

Granskningen visar att förvaltningen har tagit fram en handlingsplan för säkerhetsarbetet med åtgärder som informationsklassning, utbildningsplan och tydlig ansvarsfördelning. Dessutom har de tagit fram ett årshjul för säkerhetsarbetet 2025, med aktiviteter som utbildning i dataskydd och informationssäkerhet, översyn av rutiner och kontinuitetsplan.

Utbildning inom informationssäkerhet

Av regionens riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd framgår att anställda ska få utbildning som är relevant för deras arbetsuppgifter samt att kunskapsnivån ska bibehållas under anställningstiden.

I granskningen framkommer att utbildning i informationssäkerhet behöver förbättras för alla anställda och chefer. Medarbetare ska genomföra regionens obligatoriska DISA-utbildning och chefer ansvarar för att detta sker. De intervjuade uppger att cirka 80 procent av medarbetarna har genomfört utbildningen. De uppger också att det behövs en årlig uppföljning av chefernas kontroll av genomförd utbildning. De intervjuade uppger vidare att anställda kommer att få information och utbildning i dataskydd och informationssäkerhet på arbetsplatsträffar i början av 2025.

Arbetar styrelsen i enlighet med gällande regelverk inom informationssäkerhet?

Förteckning över informationstillgångar

Regionens riktlinje för informationssäkerhet anger att det ska finnas en förteckning över informationstillgångarna, att den ska tydliggöra informationsägarskapet och att den ska underhållas.

Granskningen visar att förvaltningen har upprättat en förteckning över system i vilka informationstillgångar finns. Hälsan och stressmedicin ansvarar för ett verksamhetsstödsystem, medan övriga är region-gemensamma. Informationsägaren för verksamhetsstödsystemet anges i förteckningen, men däremot noterar vi att förteckningen inte tydligt beskriver informationen i varje system. I intervju framkommer det att informationssäkerhetssamordnaren ansvarar för att förteckningen är uppdaterad.

Informationsklassning och riskhantering

Enligt regionens rutin¹ är informationsklassning en grundläggande aktivitet i det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Informationen ska bedömas utifrån konsekvenserna av bristande konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Risker mot verksamhetens informationstillgångar ska identifieras, analyseras och bedömas². Informationsägaren ansvarar för informationsklassning och riskbedömning.

Granskningen visar att verksamhetens information ännu inte är klassad, men att ett arbete med detta ska påbörjas.

¹ Informationsklassning – Regional rutin 2024-2028.

² Riskhantering för informationssäkerhet – Regional rutin 2024-2028.

De intervjuade uppger att informationssäkerhetsrisker identifieras och bedöms inom ramen för styrelsens riskanalys. Vi noterar att flera informationssäkerhetsrisker har identifierats i styrelsens riskanalys för 2025. Däremot visar granskningen att det inte sker någon identifiering och bedömning av risker mot informationstillgångarna.

Incident- och kontinuitetshantering

Regionens riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd anger att det ska finnas rutiner för att hantera informationssäkerhets- och personuppgiftshändelser. Incidenterna ska rapporteras, dokumenteras, eskaleras och följas upp. Det ska även finnas kontinuitetsplaner för att minska negativa effekter vid avbrott, vilka ska regelbundet testas, uppdateras och stämmas av mot styrelsens krishanteringsplan.³

De intervjuade uppger att incidentrapportering ska ske i regionens rapporteringssystem MedControl och att det främst är personuppgiftsincidenter som rapporteras. Förvaltningens dataskyddsgrupp bedömer allvarlighetsgraden i de incidenter som rapporteras, och kontaktar dataskyddsombudet vid osäkerhet. Enligt de intervjuade har inga informationssäkerhetsincidenter rapporterats. Som vi har nämnt tidigare finns rutiner för hantering av personuppgiftsincidenter, men inte för informationssäkerhetsincidenter.

De intervjuade uppger att det saknas en kontinuitetsplan eller manuella rutiner för längre avbrott för verksamhetsstödsystemet. Däremot reglerar avtalet med leverantören exempelvis återställningstid vid avbrott.

Behörigheter

Av regionens riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd framgår att åtkomst till information ska styras av de anställdas arbetsuppgifter. Informationsägaren ansvarar för att tilldela, avsluta och följa upp behörigheter.

I granskningen framkommer att det är informationssäkerhetssamordnaren som huvudsakligen hanterar och säkerställer att korrekta behörigheter ges, och att det sker i samråd med cheferna. Behörigheter i verksamhetsstödsystemet stäms av med verksamhetsutvecklaren. Behörighetshanteringen sker i regionens behörighetsportal och enligt instruktioner i portalen. Informationssäkerhetssamordnaren följer upp behörigheter för de systemen har tillgång till och vid avslutade anställningar.

³ Informationssäkerhet och dataskydd – Regional riktlinje 2023–2027 (RS 2023-02811)

Har styrelsen en tillräcklig uppföljning av informationssäkerhetsarbetet?

Regionens riktlinje för informationssäkerhet och dataskydd anger att informationssäkerheten och ledningssystemet inom styrelsen ska följas upp. Informationssäkerhet bör ingå i ledningens årliga säkerhetsredovisning och verksamhetens interna kontroll. Uppföljningen ska ligga till grund för förbättringsarbetet samt ge styrelsen tillräckligt med information för att ta sitt ansvar för verksamheten i enlighet med styrelsens reglemente.

Granskningen visar att styrelsen informerades vid sammanträdet i mars 2024 om förvaltningens säkerhetsarbete men enligt de intervjuade sker för närvarande inte någon systematisk uppföljning av informationssäkerhetsarbetet.

Vi noterar att styrelsens riskanalys och internkontrollplan för 2024 inte identifierar några risker och kontroller kopplade till informationssäkerhet. Däremot innehåller riskanalysen och internkontrollplanen för 2025 tre informationssäkerhetsrisker: bristande leveransförmåga på grund av sårbarhet kring kontinuitetsplanering, felaktig åtkomst till behörigheter samt bristande följsamhet till lagar och regler om informationssäkerhet.

3.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis bedriver ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har en tillräcklig styrning av informationssäkerhetsarbetet. Styrelsen behöver ta fram en dokumenterad ansvarsfördelning inom informationssäkerhetsarbetet. För att säkerställa medarbetarnas kunskapsnivå inom informationssäkerhet är det viktigt att de utbildningar som genomförs följs upp.

Vidare bedömer revisionen att styrelsen inte arbetar i enlighet med gällande regelverk inom informationssäkerhet. Styrelsen behöver se till att informationsklassning, risk- och kontinuitetshantering genomförs i enlighet med regionens riktlinjer och rutiner. Vi anser även att en dokumenterad rutin för hantering av informationssäkerhetsincidenter bör tas fram.

Slutligen bedömer revisionen att styrelsen delvis har en tillräcklig uppföljning av informationssäkerhetsarbetet. Styrelsen har informerats om verksamhetens säkerhetsarbete och viss uppföljning av informationssäkerheten kommer att ske genom internkontrollplan under 2025. Däremot

anser vi att informationssäkerhetsarbetet behöver följas upp systematiskt och rapporteras årligen till styrelsen. Vi menar att uppföljningen är viktig för att ge styrelsen ett tillräckligt underlag för att kunna vidta relevanta åtgärder i förbättringsarbetet.

Revisionen ser positivt på att handlingsplan och årshjul har tagits fram. Dessa kommer att medföra struktur och tydlighet kring aktiviteter och åtgärder för att säkerställa ett ändamålsenligt informationssäkerhetsarbete.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- fastställa en dokumenterad organisation där ansvar för informationssäkerhetsarbetet framgår
- säkerställa att arbetet med informationssäkerhet avseende informationsklassning, riskhantering och kontinuitetsplanering bedrivs i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet och dataskydd
- årligen följa upp informationssäkerhetsarbetet i enlighet med regionens riktlinjer.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsordreglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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.

5.1 Uppföljning av offentlighet och sekretess

Revisionen granskade offentlighet och sekretess 2022. I 2023 års granskning följde vi upp vilka åtgärder som styrelsen hade genomfört med anledning av våra rekommendationer. Granskningen resulterade i att följande rekommendation kvarstod:

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

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning.

Uppföljningen visar att kvarstående obligatoriska dokument har upprättats och fastställts. Dessa var plan för bevarande av elektroniska handlingar och förteckning över it-system som innehåller elektroniska handlingar.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00066

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för kulturutveckling

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för kulturutveckling

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för kulturutveckling– granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00066

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Björn Brogren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning	7
4. Granskning av räkenskaper	14
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	15
Revisionens uppdrag	16

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionsred. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- styrelsens arbete med krisberedskap
- granskning av räkenskaper
- uppföljning.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar att styrelsens arbete med krisberedskap har förbättringsområden.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt att verksamheten har en tillräcklig krisberedskap för att skydda föremålen i samlingarna men att det finns förbättringsområden.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt en tydlig organisation för att hantera krissituationer, men att ansvarsområden delvis har klargjorts. Vidare bedömer revisionen att styrelsen har tillsett att föremålen i samlingarna kan spåras på ett tillräckligt sätt.

Slutligen bedömer revisionen att styrelsen delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer. Revisionen anser att arbetet med riskbedömningar för samlingarna kan stärkas och att arbetet med katastrofplanerna kan förbättras.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av styrelsens arbete med krisberedskap	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att riskbedömningar uppdateras årligen (2024).
Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar att styrelsen införa regelbundna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att förbereda personalen för olika krissituationer (2024).

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Däremot finns förbättringsområden som vi vill lyfta.

I rutinen¹ samt tillhörande rubrikstruktur och anvisningar² framgår hur uppföljning och bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Det framgår av dokumenten att en målbedömning ska göras enligt status grön, gul eller röd.

Vi noterar att styrelsen i årsredovisningen inte har bedömt måluppfyllelsen för fyra av regionfullmäktiges mål enligt status grön, gul eller röd.

¹ Rutin för nämnders och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024.

² Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024.

Vidare noterar vi att förvaltningen har anställt en säkerhetssamordnare under 2024. Enligt delegeringsordningen är anställning av personal ett delegerat beslut och ska anmälas till styrelsen. Vår genomgång av anmälda delegeringsbeslut under 2024 visar dock på att detta beslut inte har anmälts.

2.1 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Granskning av styrelsens arbete med krisberedskap

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

Krisberedskap innebär att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Kriget i Ukraina har ökat fokuset på beredskap för kulturarv.³ Styrelsen ansvarar för att förvalta och utveckla regionens kultur- och naturarv, där bland annat museer och dess samlingar av föremål ingår. Museernas uppdrag enligt museilagen är bland annat att samla in föremål samt bevara och skydda dessa föremål. En väl fungerande krisberedskap är nödvändig för att skydda kulturarvet. Brister i krisberedskapsarbetet kan leda till att samlingarna förstörs eller går förlorade vid kriser eller krig. Det finns även risk för stöld eller skadegörelse av föremål, exempelvis på grund av bristande lokaler eller magasin.⁴ Revisorerna har därför beslutat att granska styrelsens krisberedskapsarbete.

Granskningens syfte var att bedöma om styrelsen säkerställt att verksamheten har en tillräcklig krisberedskap för att skydda föremålen i samlingarna. Granskningen avser att besvara följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen säkerställt en tydlig organisation och klara ansvarsområden för att hantera krissituationer?
- Har styrelsen tillsett att föremålen i samlingarna kan spåras på ett tillräckligt sätt?
- Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer?

Granskningen har genomförts med hjälp av intervjuer och dokumentgranskning. Två museer har valts ut i granskningen: Göteborgs naturhistoriska museum (förkortas fortsättningsvis för GNM) och Lödöse

³ Beredskap för krig | Riksantikvarieämbetet (raa.se)

⁴ Bevara samlingarna – säkerhetsarbete i de statliga centralmuseernas samlingsförvaltning (Riksrevisionen, RIR 2019:5)

Museum. Urvalet har gjorts eftersom de har samlingar. Externa magasin har inte ingått i granskningen.

Revisionskriterierna utgörs av:

- Museilag (2017:563), 9§
- Prop. 2016/17:116 – Kulturarvspolitik
- Policy säkerhet och beredskap i Västra Götalandsregionen, beslutad av regionfullmäktige (RS 2018–00129)
- Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024-2028 Beredskaps- och krisledningsorganisation (RS 2023-04878)
- Regional riktlinje verksamhetsskydd (RS 2018–00129)
- Reglemente för styrelsen för kulturutveckling (RS 2023–01583)
- Spectrum 5.0 Standard för samlingsförvaltning på museer, Riksantikvarieämbetet
- Riksantikvarieämbetets råd och stöd för samlingsförvaltning.⁵

3.1.1 Resultat

Organisation och ansvar för krisberedskapsarbetet

Regionens riktlinje för krisberedskap och katastrofmedicin anger att det ska finnas lokala styrdokument som beskriver hur förvaltningen ska leda och organisera sig vid kris eller krig. Enligt reglementet ansvarar styrelsen för att dess organisation är tydlig. Riksantikvarieämbetets ramverk för samlingsförvaltning betonar också vikten av tydligt definierade roller och ansvar, så att det är klart vem som gör vad och vem som får fatta beslut.

I granskningen har framkommit att styrelsen har beslutat om en krisledningsorganisation⁶ och att det finns en krishanteringsplan som beskriver hur verksamheten ska ledas och organisera sig vid kris.

I intervjuerna har framkommit att Lödöse Museum och Göteborgs Naturhistoriska Museum (GNM) har en krisberedskapsorganisation där enhetscheferna har ett övergripande ansvar och mandat att fatta beslut, om exempelvis evakuering, vid en krissituation. Det har även framkommit att museerna har tagit fram katastrofplaner enligt Riksantikvarieämbetes mall för katastrofplaner, vilka vi har granskat på plats. I Lödöses plan har roller och ansvarsområden tydligt definierats och beskrivits men i GNM:s fall

⁵ [Samlingsförvaltning | Riksantikvarieämbetet \(raa.se\)](https://www.raa.se)

⁶ Krisledningsorganisation för kulturförvaltningen 2024 (2024-02-05, §4)

pågår ett arbete med att beskriva detta i planen. Enligt de intervjuade ska ansvaret vid en krissituation fördelas i enlighet med planerna.

Spårbarheten för föremålen i samlingarna

Policys och rutiner

Enligt Spectrum ska det finnas policyer som integrerat beskriver hur samlingarna ska utvecklas, dokumenteras, användas och bevaras för att främja museets uppdrag.

Granskningen har visat att det finns en samlingsförvaltningsplan med riktlinjer och rutiner för samlingsförvaltning. Planen ska säkerställa en systematisk och professionell hantering av samlingarna. Vidare finns en handbok för samlingsförvaltning som stöd för de som arbetar med samlingarna. Handboken utgår ifrån Spectrum-standarden och innehåller förvaltningsövergripande riktlinjer, enhetsspecifika rutiner och stöddokument.

Registrering och inventering av föremål

Museernas uppdrag inkluderar bland annat att bevara föremål och göra verksamheten tillgänglig. För att kulturarvsobjekten ska kunna upplevas av en publik krävs att de är i gott skick, registrerade och katalogiserade.⁷ Enligt Spectrum ska museet registrera var alla föremål som det ansvarar för finns och ha grundinformation som identifierar föremålen och deras förvaringsplats. Det är också viktigt att inventera samlingarna för att säkerställa att föremålen är på plats och att grundinformationen är korrekt och fullständig. Inventering kan ske genom stickprovskontroller.

I granskningen har framkommit att Lödöse Museum registrerar föremål digitalt i systemet Primus, men att alla föremål inte är registrerade eftersom systemet inte är anpassat för arkeologiska samlingar. Hyllor och föremål märks för att det ska vara enkelt att hitta föremålen i lokalerna och förvaringsutrymmen. På GNM, som ansvarar för cirka tio miljoner föremål, har föremålen registrerats i en generalkatalog. Däremot är endast cirka fem procent av föremålen registrerade digitalt i systemet Specify.

Enligt de intervjuade återstår mycket arbete för att uppnå full spårbarhet och digital tillgänglighet för samlingarna. Arbetet är omfattande och kostsamt, och de ekonomiska resurserna i förvaltningen är begränsade. Samtidigt har museerna stora utmaningar med resurs- och tidsbrist men även tekniska begränsningar. För att öka den digitala tillgängligheten har en digitaliseringsstrategi tagits fram inom avdelningen Natur och

⁷ Prop. 2016/17:116 – Kulturarvspolitik (s. 126).

Kulturarv, vilken ska anpassas till Kulturförvaltningens kommunikationsriktlinjer. Anpassningen har påbörjats men är ännu inte klar. Förvaltningen har också uppgett att en omfattande insats för att öka spårbarheten för samlingarna kommer att påbörjas under 2025. Satsningen omfattar bland annat inventering och registrering av samtliga utställningar samt prioriterade samlingar.

Granskningen har visat att förvaltningen har rutiner som beskriver att stickprovskontroller ska ske årligen eller vid behov, för att kontrollera grundläggande information såsom registreringsuppgifter och placering. Varken Lödöse Museum eller GNM har tidigare genomfört stickprovskontroller, men under hösten 2024 har båda museerna gjort stickprov och dokumenterat dem i enlighet med rutinen.

Granskningen har visat att båda museerna har identifierat avvikelser vid sina stickprovskontroller och att merparten av dem hanterades i samband med kontrollen. Några av de intervjuade har uppgett att om stickproven visar att ett föremål inte finns på plats ska det utredas. Om föremålet trots utredning inte kan hittas ska en stöldanmälan göras och ärendet ska registreras i regionens rapporteringssystem MedControl. Revisionen har noterat att hanteringen beskrivs i handboken för samlingsförvaltning.

Åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer

Riskbedömning för samlingarna

Regionens policy säkerhet och beredskap anger att tänkbara hot, risker och sårbarheter ska identifieras och begränsas. Enligt Spectrum ska museerna göra riskbedömningar för samlingarna och de ska uppdateras regelbundet för att säkerställa att åtgärderna är aktuella och att det görs en bedömning av nya risker.

I granskningen har framkommit att Lödöse Museum och GNM har bedömt risker i samband med arbetet att ta fram katastrofplanerna och har tagit fram åtgärder för att hantera dem. Enligt våra intervjuer gör Lödöse en årlig uppdatering av sin riskbedömning, medan GNM inte har uppdaterat riskbedömningen sedan den upprättades 2023.

Förvaring av föremål

Av regionens riktlinje verksamhetsskydd framgår att åtgärder som tekniskt skydd, bevakning och larm, ska tillämpas för att skydda tillgångar från obehörigt intrång, stöld och skadegörelse. Riksantikvarieämbetet betonar också vikten av skalskydd för byggnader samt betryggande förhållanden vad gäller inomhusklimat, mögel och skadedjur för att skydda föremålen.

Vidare ska det finnas rutiner för att hantera skadade och försvunna föremål. Incidenter ska dokumenteras, rapporteras och utredas för att lära av dem och att förbättra verksamheten.⁸

I intervjuerna har framkommit att Lödöse Museum har larm i hela byggnaden, säkerhetsglas för att försvåra obehörigt intrång samt kameraövervakning. Museet håller också på att implementera den förvaltningsövergripande rutinen för beviljande av tillgång till magasin. Enligt de intervjuade har tillträdet till lokalerna begränsats genom ett passersystem. Museet loggar regelbundet klimatdata och genomför skadedjurskontroller två gånger per år. Rutiner har även införts för skadedjurskontroll vid hantering av inkommande kartonger då museet saknar uppkningsrum.

GNM har liknande säkerhetsåtgärder med larm och begränsat tillträde till lokalerna. Externa besökare, såsom forskare och entreprenörer, får endast vistas i lokalerna i närvaro av behörig museipersonal. De intervjuade har uppgett att det genomförs regelbundna skadedjurskontroller och att det även finns ett frysrum som används för att förhindra skadedjur, exempelvis vid flytt av föremål inom museet eller om föremål har varit utlånade. Museet övervakar kontinuerligt temperatur och luftfuktighet. I intervjuerna har framkommit att det finns utmaningar med att upprätthålla moderna förvaringsstandarder på grund av byggnadens ålder.

I granskningen har framkommit att båda museerna rapporterar incidenter, inklusive stölder, i systemet MedControl. Museicheferna och avdelningscheferna följer upp incidenter och vidtar åtgärder vid behov. Exempelvis har säkerhetsrutiner skärpts och tillträde till lokaler har omvärderats. I handboken för samlingsförvaltning finns rutiner för hur skadade eller försvunna föremål ska hanteras. Enligt de intervjuade är MedControl främst framtaget för sjukvården men används inom förvaltningen. Systemet upplevs som tungrott, vilket gör det svårt att ta fram och följa upp rapporter. Enligt de intervjuade kan detta medföra en risk att personalen undviker att rapportera i systemet.

Restvärdesräddning och beredskap för katastrofer

Enligt Spectrum ska en katastrofplan för samlingarna sammanställas när riskerna har bedömts och samordnas med museets krisplan. Det ska finnas flera skriftliga exemplar av katastrofplanen på museerna, varav ett ska förvaras säkert på en annan plats. Riksantikvarieämbetet har tagit fram en mall för katastrofplan. Spectrum anger även att regelbundna övningar ska

⁸ Policy säkerhet och beredskap i Västra Götalandsregionen (RS 2018-00129).
Spectrum 5.0 – Skada och förlust.

genomföras för att säkerställa att katastrofplanen fungerar. Katastrofplanen bör även ses över regelbundet, minst varje år, och uppdateras omedelbart vid förändringar och vid aktiviteter som innebär ökade risker.

I granskningen har framkommit att Lödöse Museum och GNM upprättade katastrofplaner för sina samlingar under 2023, enligt Riksantikvarieämbetets mall. På GNM pågår arbete med att färdigställa planen. Båda museerna har digitala katastrofplaner på plats. Lödöse förvarar en skriftlig kopia på annan plats, medan GNM förvarar sin skriftliga version säkert på plats. Inget av museerna har flera skriftliga exemplar. De intervjuade har uppgett att katastrofplanerna kommer att uppdateras årligen. På GNM finns även insatskort för räddningstjänsten, vilka förvaras i ett låst skåp på museet.

Våra intervjuer har visat på att Lödöse Museum har integrerat sin katastrofplan med museets krisplan, medan GNM har gjort det till viss del. Det pågår även ett arbete med att integrera museernas krisplaner med den förvaltningsövergripande planen för att skapa en sammanhängande process för krishantering.

Vidare har det framkommit i granskningen att förvaltningen har deltagit i en översvämningsövning i samarbete med Riksantikvarieämbetet. Personal från samtliga museer deltog, där varje museum arbetade utifrån sina specifika förutsättningar och hotbilder. Däremot har museerna inte genomfört några interna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar. De intervjuade har dock uppgett att Lödöse Museum har genomfört en virtuell övning i samarbete med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, och att GNM har haft brandövningar.

3.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt att verksamheten har en tillräcklig krisberedskap för att skydda föremålen i samlingarna men att det finns förbättringsområden.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt en tydlig organisation för att hantera krissituationer, men att ansvarsområden delvis har klargjorts. Granskningen har visat att det pågår ett arbete vid Göteborgs naturhistoriska museum med att beskriva roller och ansvar. Revisionen anser att det är viktigt att arbetet färdigställs så att ansvarsområden vid en krissituation är tydligt definierade.

Vidare bedömer revisionen att styrelsen har tillsett att föremålen i samlingarna kan spåras på ett tillräckligt sätt. Bedömningen grundar sig på

att det finns policyer och rutiner för arbetet med samlingarna, att museerna arbetar med att registrera föremål digitalt för att säkra spårbarhet, trots stora utmaningar i arbetet, samt att samlingarna inventeras. Dessutom pågår och planeras åtgärder för att öka spårbarheten och den digitala tillgängligheten för samlingarna, vilket revisionen ser positivt på. Vi kommer att följa arbetet.

Slutligen bedömer revisionen att styrelsen delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer. Revisionen anser att arbetet med riskbedömningar för samlingarna kan stärkas. Styrelsen behöver se till att riskbedömningar uppdateras regelbundet för att säkerställa att åtgärder hålls aktuella och att nya risker bedöms.

Revisionen anser även att arbetet med katastrofplanerna kan förbättras. Det är viktigt att det finns flera skriftliga exemplar av katastrofplanerna så att museerna inte riskerar att förlora dem vid en krissituation. Revisionen anser även att styrelsen behöver se till att regelbundna övningar genomförs för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att stärka de anställdas kunskap om hur de ska agera vid en krissituation.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för kulturutveckling att:

- säkerställa att riskbedömningar uppdateras årligen
- införa regelbundna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att förbereda personalen för olika krissituationer.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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.

5.1 Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete

Revisionen granskade systematiskt brandskyddsarbete 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det finns gränsdragningslistor för brandskyddet mellan fastighetsägare och verksamheten samt att de revideras i enlighet med regional riktlinje brandsäkerhet.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att brand- och utrymningsövningar genomförs på ett strukturerat och regelbundet sätt.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom skriftliga frågor till förvaltningen.

I 2023 års granskning noterade vi att Vänersborgs Museum saknade en tydlig gränsdragningslista i samverkansavtalet med Vänersborgs kommun. Gränsdragningslistan ska reglera ansvaret för brandskyddet. Vår uppföljning visar att en gränsdragningslista kommer att upprättas under 2025. Denna ska ingå som en bilaga till det nya samverkansavtal som ska tecknas mellan kulturförvaltningen och Vänersborgs kommun under 2025.

Vidare framkommer i uppföljningen att brandövning ingår i de obligatoriska utbildningar som medarbetare ska genomföra. Utrymningsövningar kommer att genomföras under 2025 och därefter mer regelbundet.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmanrevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00068

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för logistik

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

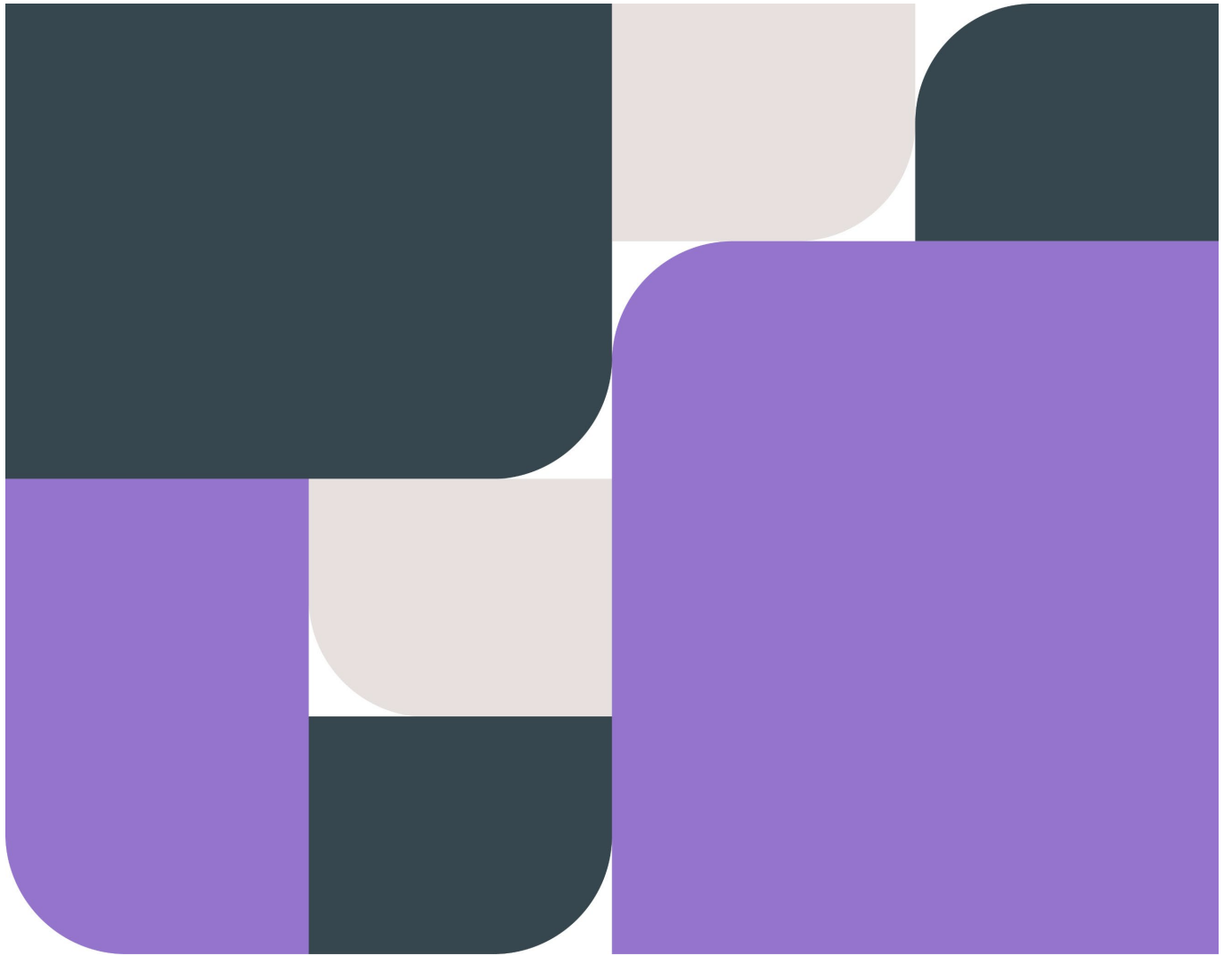
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för logistik

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för logistik – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024-00068

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorerna: Martin Andersson, Kristoffer Lundqvist, Emma Sandell

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Bo-Lennart Bäcklund

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning	7
4. Granskning av räkenskaper	15
Revisionens uppdrag	16

Bilaga:

- Granskning av servicetjänster som sker nära vården
– Måltidsservice på vårdenhet

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionsred. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 Rekommendationer

Rekommendationer syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I tabellen nedan ser du den rekommendation som vi lämnar till styrelsen i år.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av servicetjänster som sker nära vården - Måltidsservice på vårdenhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det sammantagna ansvaret för Måltidsservice på vårdenhet tydliggörs i överenskommelser (2024)
Inget svar	

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Offentlighet och sekretess

Revisionen har granskat offentlighet och sekretess inom styrelsen för logistik. Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

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. Mot denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en granskning av offentlighet och sekretess inom styrelsen för logistik.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen för logistik 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.

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

1. Har styrelsen tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar?
2. Har styrelsen upprättat de dokument som är obligatoriska enligt gällande regelverk, och är dokumenten aktuella?

Granskningen avgränsas till att belysa styrelsens rutiner, riktlinjer, regler och arbetssätt avseende hantering av inkommande och upprättade handlingar samt registrering och utlämnande av handlingar.

Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Arkivlagen (1990:782) 6§
- Offentlighets- och sekretesslagen 4 kap. 2§

- Tryckfrihetsförordningen (1949:105) 2 kap. 15-16 §§
- Föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 2 kap. 6§, 4 kap. 3, 9, 13, 18, 21, 23, 25§§ (RS 2018–01178)
- Anvisning Tillämpning av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering 2 kap, s. 14–15 (RS 2018–01178)
- Riktlinje Användande av e-post i Västra Götalandsregionen (RS 2021–02985)

Granskningen har genomförts genom intervju och dokumentgranskning.

3.1.1 Resultat

Styrelsen har tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar

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.¹

Enligt regionens riktlinje för användning av e-post ska allmänna handlingar som inkommer via myndighetens officiella e-post och medarbetarnas individuella e-post hanteras på samma sätt som traditionella brev och andra pappershandlingar. Vidare har varje medarbetare ett personligt ansvar för att kontrollera sin e-post samt att i denna hantera allmänna handlingar enligt gällande regelverk. Om medarbetaren inte lämnar fullmakt till annan medarbetare kvarstår ansvaret även vid frånvaro, så som semester, sjukdom och barnledighet.²

En allmän handling som får lämnas ut ska på begäran lämnas ut genast eller så snart som möjligt till den som önskar på plats hos myndigheten. En begäran att få en avskrift eller kopia av en allmän handling ska behandlas skyndsamt.³

¹ 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)

² Riktlinje Användande av e-post i Västra Götalandsregionen (RS 2021–02985)

³ Tryckfrihetsförordningen (1949:105) 2 kap. 15-16 §§

Organisation och resurser

Granskningen visar att styrelsen för logistik och styrelsen för fastighet, stöd och service har ett gemensamt kansli som hanterar frågor kopplat till kvalitet, ärendesamordning, arkiv och juridik. Trots ett gemensamt kansli har två separata arkivorganisationer etablerats eftersom det rör sig om två olika myndigheter. Av arkivorganisationen framgår arkivansvariga och arkivredogörare.

Vid intervju framkommer att ett informationssamordningsforum finns, där representanter från arkivorganisationen möts regelbundet för att samordna arbetet.

De intervjuade beskriver att de har identifierat ett behov av att stärka medvetenheten kring offentlighetsprincipen, informationshantering och skillnaden mellan arbetsmaterial och upprättade handlingar på förvaltningarna. Kompetensnivån på förvaltningarna varierar, och den regionala utbildningen avseende ärendehantering förutsätter enligt de intervjuade att deltagarna redan har en viss kunskap. Kansliet har därför tagit fram en ny utbildning avseende informationshantering som kommer att lanseras under 2025.

På försörjningsförvaltningens intranät finns information om hantering av allmänna handlingar. Vi noterar att hemsidan är under uppbyggnad.

Hantering och registrering av allmänna handlingar

Vid intervju framkommer att det vanligaste sättet som handlingar kommer in till organisationen är via styrelsens myndighetsbrevlåda, även om många handlingar också upprättas internt. Myndighetsbrevlådan hanteras av nämndsamordnare som kontrollerar den minst en gång dagligen varje arbetsdag. Ett schema finns för att täcka upp vid nämndsamordnares frånvaro.

Diarieföring görs i regionens ärendehanteringssystem Public 360. De intervjuade uppger att det är stor skillnad i ärendehanteringsflödet mellan förvaltningarna, där betydligt fler ärenden skapas och diarieförs hos Fastighet, stöd och service jämfört med försörjningsförvaltningen.

Hantering av anställdas post och e-post vid frånvaro

I granskningen framkommer att alla anställda på förvaltningen inte har egna mejladresser. Fullmakt för att öppna e-post digitalt finns för chefspositioner.

De intervjuade uppger att alla brevlådor, även personliga, ska bevakas dagligen, men att det i praktiken är svårt att kräva att anställda kontrollerar sin mejl på semestern.

Det finns ingen särskild instruktion för hur automatiska mejlsvar ska utformas. Kommunikationsavdelningen skickar ut information till chefer inför semestern med målet att så många som möjligt ska lägga in automatiska svar som hänvisar till de brevlådor som bevakas.

Hantering av sekretessbelagda uppgifter och handlingar

Vid intervju framkommer att sekretessbelagda uppgifter och handlingar hanteras i enlighet med regionala styrande dokument. Eftersom allt fler handlingar digitaliseras pågår en översyn av arbetet kopplat till säkerhetsskyddsanalys och informationsklassning.

Utlämnande av allmänna handlingar

Allmänheten kan söka i styrelsen för logistikts diarium genom regionens tjänst Hitta i diariet. De intervjuade uppger att utlämnande av allmän handling kan ske på flera sätt, antingen via mejl, telefonsamtal eller besök till någon av regionens verksamheter.

Vid intervju framkommer att begäran om allmänna handlingar inte diarieförs. Endast avslagsbeslut och skälen till att en begäran nekas diarieförs, i de fall handlingen inte kan lämnas ut.

I granskningen har vi stämt av med nämndsamordnare vilka inkomna begäran om allmän handling som kommit till styrelsen för logistikts myndighetsbrevlåda perioden januari-november 2024. Ett par begäranden har inkommit men samtliga har vidarebefordrats för hantering till koncernkontoret då de avsett deras handlingar.

En särskild rutin för utlämnande av allmän handling finns för Fastighet, stöd och service, däremot saknas en specifik rutin för försörjningsförvaltningen. Vi har tagit del av ett dokument som beskriver hur inkommande mejl ska hanteras i förvaltningsbrevlådan, däremot inte någon särskild rutin om hur begäran om allmän handling ska hanteras. Av dokumentet framgår att samtliga inkomna mejl ska hanteras skyndsamt.

Styrelsen har upprättat de dokument som är obligatoriska enligt gällande regelverk, och dokumenten är aktuella

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. För att möjliggöra detta ska följande dokument upprättas, beslutas och hållas aktuella⁴:

- arkivorganisation
- klassificeringsstruktur
- dokumenthanteringsplan
- arkivbeskrivning
- arkivförteckning
- förteckning över samtliga it-system och samarbetsytor som innehåller elektroniska allmänna handlingar
- plan för bevarande av elektroniska handlingar.

Regionens anvisning för tillämpningen av föreskrifter och riktlinjer om arkiv och informationshantering konkretiserar vad som ska framgå av respektive dokument.

Granskningen visar att samtliga obligatoriska dokument är framtagna och aktuella. Separat dokumentation finns för styrelsen för logistik och styrelsen för fastighet, stöd och service.

Revisionen noterar skillnad i arkivorganisationen jämfört med instruktion från Regionarkivet, då det i styrelsen för logistikens arkivorganisation inte bara finns arkivredogörare utan också huvudarkivredogörare. Vid intervju framkommer att förvaltningen anser att många av de uppgifter som åläggs arkivansvarig kräver praktisk arkivkunskap, till exempel att upprätta arkivförteckningar. Förvaltningen har därför valt en organisation med både arkivansvarig och huvudarkivredogörare för att arkivansvarig ska kunna få genomslag på chefsnivå. Vid intervju framkommer att förvaltningen lyft dessa synpunkter både med Regionarkivet och med funktionsgruppen för kanslichefer.

3.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar.

Granskningen visar att det finns en organisation, rutiner och utbildningar som ger goda förutsättningar för att hantera allmänna handlingar på rätt sätt.

Revisionen ser positivt på att en ny utbildning avseende informationshantering är under framtagande.

⁴ Arkivlagen 6§, offentlighets- och sekretesslagen 4 kap. 2§, Föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 4 kap. 3, 9, 13, 18, 23, 25§§.

Revisionen anser att det är viktigt att styrelsen säkerställer att regionens riktlinje för användande av e-post följs så att begäran att ta del av allmän handling som har inkommit hanteras korrekt.

Revisionen noterar att rutinen för hantering av utlämnande av allmän handling som tagits fram enbart gäller för Fastighet, stöd och service och inte för försörjningsförvaltningen. Revisionen anser att styrelsen bör säkerställa att en rutin även tas fram avseende försörjningsförvaltningen.

Revisionen bedömer att styrelsen har upprättat obligatoriska dokument i enlighet med gällande regelverk och vi noterar att de dokument vi granskat är aktuella.

Revisionens sammanfattande bedömning är att styrelsen för logistik har en ändamålsenlig hantering av allmänna handlingar som säkerställer rätten att ta del av allmänna handlingar.

3.2 Servicetjänster som sker nära vården - Måltidsservice på vårdenhet

Revisionen har granskat Servicetjänster som sker nära vården - Måltidsservice på vårdenhet⁵. Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen för logistik har säkerställt att tjänsten Måltidsservice på vårdenhet genomförs enligt lagstiftning och styrdokument.

Granskningen svarar på följande revisionsfrågor:

- Finns en tillräcklig styrning och utveckling av Måltidsservice på vårdenhet av styrelsen och andra aktörer?
- Finns upprättade och undertecknade avtal/överenskommelser som reglerar Måltidsservice på vårdenhet mellan styrelsen och andra aktörer?
- Finns rutiner för uppföljning och kontroll av att Måltidsservice på vårdenhet hanteras enligt överenskommelser?

3.2.1 Resultat

Tjänsten Måltidsvård på vårdenhet erbjuds till sjukhus inom Västra Götalandsregionen som en del av den totala måltidslösningen. Syftet med

⁵ Rapporten Granskning av Servicetjänster som sker nära vården - Måltidsservice på vårdenhet finns som bilaga till denna årsrapport.

tjänsten är att avlasta vården, förenkla mathantering och säkerställa en kontinuerlig och säker leverans av måltider.

I regionfullmäktiges budget anges att förutsättningarna för att regionens verksamhet ska kunna fungera tillfredställande är en effektiv och rationell försörjningsförvaltning. Uppgiftsväxling mellan personal inom försörjningsförvaltningen och andra förvaltningar leder till effektivitet och ger personalen möjlighet att arbeta med det de är bäst på. Styrelsen för logistik ska ha tecknat serviceöverenskommelser med berörda verksamheter senast den 30 oktober 2023.

En handlingsplan för att utveckla styrelsens tjänstestyrning har tagits fram, med målet att tjänsterna, inklusive måltidsförsörjning, ska vara standardiserade. Tjänsterna utgår från mottagarnas behov och definieras i en årligt uppdaterad tjänstekatalog och en prislista.

Serviceöverenskommelser är avtal mellan styrelsen för logistik och dess kunder och omfattar pris och volym och de bygger delvis på erfarenhet och kontakter mellan chefer på försörjningsförvaltningen och andra förvaltningar. Granskningen visar att serviceöverenskommelserna för 2024 är upprättade enligt gällande rutiner men att vissa avtal undertecknats senare än vad regionfullmäktiges budgets tidsram anger.

Livsmedelsförordningen anger att verksamhetsutövare ska ha en egenkontroll som är lämplig utifrån verksamhetens art. Västra Götalandsregionens policy för styrning betonar att nämnder och styrelser ska säkerställa att verksamheten skapar värde för invånarna genom uppföljning enligt fastställda planer. Dokumentet ”Internrevision av måltidsvårdstjänsten”, som försörjningsförvaltningen tagit fram, beskriver metoder för uppföljning och de dokument som styr arbetet⁶. Mallar för uppföljning används löpande och avvikelser registreras i Medcontrol.

En riktlinje för egenkontrollprogram för hantering av livsmedel och måltider har tagits fram för 2024. Riktlinjen omfattar rutiner för egenkontroll samt åtgärder vid avvikelser. Ett it-system har upphandlats för digitala egenkontroller och dokumentation.

3.2.2 Bedömning

Revisionen bedömer att det finns tillräcklig styrning och utveckling av Måltidsservice på vårdenhet av styrelsen och andra aktörer och att det finns

⁶ Dokumenten är: Måltidsservice på vårdenhet – Tjänstebeskrivning, Beskrivning av vårdnära servicetjänster inom ramen för standardiserad slutenvårdsprocess för somatisk vuxenvård samt Beskrivning av tjänster VNS.

upprättade och undertecknade överenskommelser som delvis reglerar Måltidsservice på vårdenhet mellan styrelsen och andra aktörer.

Revisionen bedömer också att det finns rutiner för uppföljning och kontroll av att Måltidsservice på vårdenhet hanteras enligt överenskommelser.

Revisionens sammanfattande bedömning är att styrelsen för logistik har säkerställt att servicetjänster som sker nära vården avseende Måltidsservice på vårdenhet genomförs enligt lagstiftning och styrdokument.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa att det sammantagna ansvaret för Måltidsservice på vårdenhet tydliggörs i överenskommelser.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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



Revisionsrapport
2025-03-19

Bilaga: Granskning av service- tjänster som sker nära vården - Måltidsservice på vårdenhet

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Granskning av servicetjänster som sker nära vården - Måltidsservice på
vårdenhet

Diarienummer: REV 2024-00068

www.vgregion.se/revision

Innehåll

Innehåll.....	1
Utgångspunkter.....	2
Bakgrund.....	2
Syfte och revisionsfrågor.....	2
Revisionskriterier.....	3
Metod.....	3
Granskningens resultat.....	4
Iakttagelser.....	4
Avtal som reglerar Måltidsservice på vårdenhet finns delvis.....	6
Sammanfattande bedömning.....	8
Rekommendationer.....	9

Utgångspunkter

Bakgrund

I regionfullmäktiges budget¹ anges att förutsättningarna för att regionens verksamhet ska kunna fungera på ett tillfredställande vis, är en effektiv och rationell försörjningsförvaltning. Det krävs gemensamma krafter för att hålla samman och driva verksamheten åt samma håll och en öppenhet med respekt för kundernas krav och önskemål. Uppgiftsväxling mellan personal inom försörjningsförvaltningen och andra förvaltningar leder till effektivitet och ger utrymme för personal att arbeta med det de är bäst på.

Styrelsen för logistik bildades 2023 och ansvarar för måltidsverksamheten på Västra Götalandsregionens sjukhus. Delar av Måltidstjänsten hanteras av andra utförare vilket regleras genom serviceöverenskommelser.

Revisorskollegiets revisionsplan omfattar sedan 2023 det fleråriga granskningsområdet Omställningen av hälso- och sjukvården. I riskbeskrivningen för granskningsområdet har risk för bristande målstyrning av hälso- och sjukvårdsnära service identifierats.

Med anledning av ovanstående har revisionen bedömt att servicetjänster som sker nära vården med fokus på Måltidsservice på vårdenhet ska granskas under 2024². Området har inte granskats av revisionen tidigare.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för logistik har säkerställt att servicetjänster som sker nära vården avseende Måltidsservice på vårdenhet genomförs enligt Västra Götalandsregionens styrdokument.

Granskningen avser att besvara följande revisionsfrågor:

- Finns en tillräcklig styrning och utveckling av Måltidsservice på vårdenhet av styrelsen och andra aktörer?
- Finns upprättade och undertecknade avtal/överenskommelser som reglerar Måltidsservice på vårdenhet mellan styrelsen och andra aktörer?
- Finns rutiner för uppföljning och kontroll av att Måltidsservice på vårdenhet hanteras enligt överenskommelser?

¹ Budget 2024 för Västra Götalandsregionen Diarienummer RS 2023-03045

² Måltidstjänsterna omfattar inköp, planering, produktion och transporter och är ett större område än servicetjänster som sker nära vården och tjänsten Måltidsservice på vårdenhet.

Revisionskriterier

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

- **Livsmedelsförordningen (2006:813)**

31 §. Livsmedelsverket får meddela föreskrifter om skyldighet för livsmedelsföretagare och andra verksamhetsutövare att utöva en egenkontroll som är lämplig utifrån verksamhetens art

- **Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)**

Nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheten som säkerställer att värde för invånarna uppnås. Det innebär att

- uppdrag fullgörs och mål uppnås enligt regionfullmäktiges beslut
- överenskommelser, uppdrag och avtal genomförs
- uppföljning av verksamheten görs utifrån fastställda planer och övriga väsentliga aspekter.

- **Västra Götalandsregionens budget för 2024**

Uppgiftsväxling mellan personal inom försörjningsförvaltningen och andra förvaltningar leder till effektivitet och ger utrymme för personal att arbeta med det de är bäst på. För försörjningsförvaltningen finns möjlighet att assistera vården med kringuppgifter i samband med måltider.

Styrelsen för logistik ska senast den 30 oktober 2023 teckna serviceöverenskommelser (avtal) med berörda verksamheter.

- **Reglemente för styrelsen för logistik**

Styrelser som ansvarar för stödfunktioner ska leverera stöd- och servicetjänster utifrån regionövergripande måldokument och strategiska planer som har sin utgångspunkt i verksamheternas behov och efterfrågan. Styrelsen ansvarar för logistik- och försörjningsfunktioner samt försörjning av varor och tjänster till Västra Götalandsregionens verksamheter.

Metod

Granskningen har utförts genom intervjuer och dokumentanalys.

Granskningens resultat

Granskningen visar att Måltidsservice på vårdenhet huvudsakligen genomförs i enlighet med regionfullmäktiges budget, styrelsens reglemente och Policy Styrning i Västra Götalandsregionen.

Iakttagelser

Styrning och utveckling av Måltidsservice på vårdenhet av styrelsen och andra aktörer

I Policy Styrning i Västra Götalandsregionen anges att nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheten som säkerställer att värde för invånarna uppnås. Det innebär att uppdrag fullgörs och mål uppnås i enlighet med regionfullmäktiges beslut.

Västra Götalandregionens budget för 2024 anger att styrelsen för logistik har möjlighet att assistera vården med kringuppgifter som förekommer i samband med måltider.

Av styrelsens reglemente framgår att styrelsen ska leverera stöd- och servicetjänster utifrån regionövergripande måldokument och strategiska planer som har utgångspunkt i verksamheternas behov och efterfrågan.

Enligt sin hemsida ansvarar försörjningsförvaltningen för enhetlig, sammanhållen, hållbar och resurseffektiv logistik och försörjning av varor och tjänster inom Västra Götalandsregionen. Måltidsservice på vårdenhet är en del av verksamheten som levererar rätt kost till rätt patient. Syftet med tjänsten Måltidsservice på vårdenhet innebär att avlasta vården gällande hantering av måltider och livsmedel som sker på vårdenheten.

Måltidsservice på vårdenhet bygger på nationella riktlinjer för måltider på sjukhus från Livsmedelsverket och den regionala tillämpningen Rätt kost till rätt patient.

Av dokumentet Måltidsguiden framgår att tjänsten Måltidsvärd på vårdavdelning erbjuds till Regionens sjukhus. Tjänsten är del av den totala måltidslösningen och har som målsättning att bidra till en patientsäker och funktionell hantering av måltider och livsmedel på vårdenhet. Syftet med tjänsten är att avlasta vården, att förenkla mathanteringen, samt att säkerställa en kontinuerlig och säker leverans.

För att styra arbetet har en Riktlinje för patientmåltider Västra Götalandsregionen tagits fram som bygger på nationella riktlinjer för måltider på sjukhus från Livsmedelsverket.

För att Måltidsservice på vårdenhet ska anses ha rätt kvalitet anger Riktlinje för patientmåltider att patienten ska serveras rätt mat vid rätt tidpunkt. För att skapa kvalitet i måltidsprocessen menar riktlinjen att det krävs att all personal har rätt kompetens. Att genomföra effektiva leveranser av patientmåltider innebär enligt riktlinjen att hushålla med resurser och bidra till minskat matsvinn, utan att ge avkall på kvalitet.

Riktlinjen anger bland annat följande områden som berör Måltidsservice på vårdenhet:

- maten och måltidernas roll i vården finns tydligt beskrivna i sjukhusets styrdokument
- matsvinnet i kök, vid servering och från tallrikar minimeras
- all personal som hanterar livsmedel har relevant kunskap om livsmedelssäkerhet.
- det finns rutiner som säkerställer att maten är säker och att patienten serveras rätt mat

Enligt riktlinjen ska försörjningsförvaltningen arbeta aktivt med att stödja sjukhusförvaltningarna för en effektiv och kvalitativ leverans av mat till patienter. Enligt intervjuer har försörjningsförvaltningen genomfört detta genom information och dialog med sjukhusförvaltningarna via kostombudsträffar, dietistträffar och kunddialog.

Förvaltningscheferna för försörjningsförvaltningen och Fastighet, stöd och service är uppdragsgivare enligt dokumentet Ansvarsområden³ där gemensamma områden för processägare tydliggörs. Uppdragstagare är utvecklingscheferna på försörjningsförvaltningen och Intern service på förvaltningen Fastighet, stöd och service. Syftet med dokumentet är att ge möjligheter för utveckling och styrning av Vårdnära service- och försörjningsprocesser för effektiv samverkan mellan förvaltningen för Fastighet, stöd och service och försörjningsförvaltningen. Arbetet delas in i fem områden som utgör grunden för uppdraget som processägare. Områdena är Processer och rutiner, Uppföljning, utveckling och styrning, Kommunikation, Ekonomi samt Utbildning och kompetensförsörjning.

Av dokumentet "Internrevision av Måltidstjänsten" framgår att utbildningsplaner utformats och är tillgängliga i lärportalen och att chefer

³ Det fullständiga namnet på dokumentet är: Ansvarsområden – Processägare vårdnära service- och försörjningsprocesser

för måltidsvärdar ansvarar för att utbilda medarbetare. I intervju uppges att försörjningsförvaltningen utbildar måltidsvärdar och kostombud. Ungefär 25 procent av sjukhusen har måltidsvärdar.

I en intervju anges att Måltidsservice på vårdenhet uppdras till styrelsen för logistik men att det är personal från styrelsen för fastighet, stöd och service som genomför tjänsten på sjukhusen. Ansvarsfrågan avseende detta är inte beskriven i de överenskommelser som gjorts.

I granskningen har vi tagit del av dokumentet Uppdragsbeskrivning – samordningsforum för vårdnära service och försörjningsprocesser. Enligt dokumentet ska det bidra till ökad samordning och samverkan avseende utvecklingen av de vårdnära service och försörjningsprocesserna mellan försörjningsförvaltningen och förvaltningen för Fastighet, stöd och service.

Avtal som reglerar Måltidsservice på vårdenhet finns delvis

I Policy Styrning i Västra Götalandsregionen anges att nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheten som säkerställer att värde för invånarna uppnås vilket bland annat innebär att överenskommelser, uppdrag och avtal genomförs.

I Västra Götalandsregionens budget för 2024 anges att styrelsen för logistik senast den 30 oktober 2023 ska teckna serviceöverenskommelser med berörda verksamheter.

För att långsiktigt utveckla tjänstestyrningen att bli mer ändamålsenlig och effektiv har en handlingsplan⁴ tagits fram under 2024. Handlingsplanen bygger på ett gemensamt arbete mellan försörjningsförvaltningen och Fastighet, stöd och service. Ambitionen med de tjänster som tillhandahålls, bland annat måltidsförsörjning, anges vara att de ska vara standardiserade inom hela regionen – tjänsternas innehåll ska inte skilja sig åt mellan olika mottagande förvaltningar. I handlingsplanen beskrivs att:

- Information och dokumentation kopplat till tjänsterna är inte ändamålsenlig – användarvänlighet och tillgänglighet behöver stärkas.
- Det finns ett flertal forum för dialog kopplat till olika tjänster, men inga etablerade strukturer för kommunikation mellan tjänsteägare.

⁴ Handlingsplan för stärkt tjänstestyrning - För att ändamålsenligt omhänderta och tillgodose försörjnings- och servicebehov i Västra Götalandsregionen

Av handlingsplanen framgår att tjänsterna som erbjuds utgår ifrån mottagarens behov och syftar ytterst till att stödja de mottagande förvaltningarna så att dessa kan fokusera på sin kärnverksamhet, så som vård på sjukhusförvaltningarna. Tjänsterna definieras i en tjänstekatalog som årligen uppdateras, tillsammans med en prislista. Varje tjänst har ett styrdokument i form av en tjänstebeskrivning, där innehåll och omfattning, samt förekommande bas- och tilläggstjänster, framgår. Vissa tjänster är obligatoriska för alla sjukhusförvaltningar medan exempelvis Måltidsservice på vårdenhet, är valbara. Tjänsterna regleras av en serviceöverenskommelse som upprättas genom en årlig process.

I intervju anges att serviceöverenskommelsen utgör det enda avtal som upprättas avseende Måltidsservice på vårdenhet mellan styrelsen för logistik, styrelsen för fastighet, stöd och service och sjukhusstyrelserna. I granskningen har vi inte heller funnit några andra diarieförda avtal som avser Måltidsservice på vårdenhet. Serviceöverenskommelserna omfattar uppgifter om pris och volym. Andra villkor regleras inte i serviceöverenskommelserna eller andra avtal eller överenskommelser utan bygger på erfarenhet och kontakter mellan chefer på berörda enheter.

I granskningen har vi tagit del av serviceöverenskommelserna för de fem akutsjukhusen och Fastighet, stöd och service. Av granskningen framgår att serviceöverenskommelserna för 2024 är godkända av styrelsen för logistikstyrelseordförande och förvaltningschef enligt den rutin som gällde för Servicenämnden. Vi noterar att i några fall har avtalen undertecknats senare än vad som anges i fullmäktiges budget.

Rutiner för kontroll och uppföljning av avtal

Av Policy Styrning i Västra Götalandsregionen framgår att nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheten som säkerställer att värde för invånarna uppnås vilket innebär att uppföljning av verksamheten görs utifrån fastställda planer och övriga väsentliga aspekter.

Egenkontrollen avseende hantering av måltider och livsmedel är reglerad i Livsmedelsförordningen (2006:813). Av dokumentet Internrevision av måltidsvårdstjänsten framgår metoden för uppföljning av Måltidsservice på vårdenhet. Avseende ingångna avtal är det tre dokument som styr uppföljningen, Måltidstjänster – Tjänstebeskrivning måltidsservice på vårdavdelning, Beskrivning av vårdnära servicetjänster inom ramen för standardiserad slutenvårdsprocess för somatisk vård och Beskrivning av tjänster VNS⁵.

⁵ Vårdnära service

I intervjuer uppges och visas att mallar för uppföljningen finns i dokumenten Internkontroll vårdavdelningar med måltidsvärd samt Formulär internrevision vårdavdelningar och dessa används löpande i uppföljningsarbetet. I granskningen har vi tagit del av genomförda uppföljningar.

Vid intervjuerna anges att avvikelser registreras i Medcontrol. Det finns inget dokument som tydliggör vilken styrelse som ansvarar för detta för Måltidsservice på vårdenhet utan det är respektive händelse som avgör var och av vem registreringen ska ske.

Under 2024 har det tagits fram en riktlinje för regiongemensamt egenkontrollprogram för hantering av livsmedel och måltider som i fortsättningen ska styra kontrollerna avseende Måltidsservice på vårdenhet. Egenkontrollprogrammet innehåller kontrollpunkter för rengöring, diskning, mottagningskontroll, förvaring, servering, nedkylning och uppvärmning. Ett it-system har upphandlats för att utföra egenkontroller digitalt och även samla dokumentationen. Genom detta it-system ska styrelsen för logistik få samlad statistik om hur sjukhusen sköter egenkontrollen gällande hantering av livsmedel⁶. Avsikten är att alla rutiner för uppföljning samlas i egenkontrollprogrammet, tidigare har rutinerna funnits i olika dokument. Riktlinjen är beslutad i november 2024 men är ännu inte påskriften av alla sjukhus. Riktlinjen för regiongemensamt egenkontrollprogram omfattar områdena Rutiner för egenkontroll, Ansvar, Utbildning, Lokaler och serveringssystem samt Åtgärder vid avvikelse.

En Kommunikationsplan för regiongemensamt egenkontrollprogram har tagits fram. Av kommunikationsplanen framgår att den ska stödja styrelsens kommunikation med sjukhusförvaltningarna samt intern kommunikation inom och mellan försörjningsförvaltningen och Fastighet, stöd och service.

Sammanfattande bedömning

Vi bedömer att det finns tillräcklig styrning och utveckling av Måltidsservice på vårdenhet av styrelsen.

Vi bedömer att det finns upprättade och undertecknade överenskommelser som delvis reglerar Måltidsservice på vårdenhet mellan styrelsen och andra aktörer. Överenskommelserna avser ekonomi och volym. Revisionen anser att överenskommelser om Måltidsservice på vårdenhet bör inkludera fler

⁶ Det statistiska underlaget kan exempelvis användas för att ta fram åtgärder för eventuella brister och för att utveckla Måltidstjänsten

områden som tjänsten omfattar, såsom ansvar, utbildning och åtgärder vid avvikelser.

Revisionens samlade bedömning är att styrelsen för logistik har säkerställt att servicetjänster som sker nära vården avseende Måltidsservice på vårdenhet genomförs i enlighet med Västra Götalandsregionens styrdokument.

Rekommendationer

I samband med granskningar lämnar vi ofta rekommendationer om förbättringar till de granskade nämnderna och styrelserna. Nedan hittar du den rekommendation som vi lämnar med anledning av granskningen av Servicetjänster som sker nära vården – Måltidsservice på vårdenhet,

Revisionen rekommenderar styrelsen för logistik att

- Säkerställa att det sammantagna ansvaret för Måltidsservice på vårdenhet tydliggörs i överenskommelser



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för kulturutveckling

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för kulturutveckling– granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00066

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Björn Brogren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning	7
4. Granskning av räkenskaper	14
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	15
Revisionens uppdrag	16

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionsred. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- styrelsens arbete med krisberedskap
- granskning av räkenskaper
- uppföljning.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar att styrelsens arbete med krisberedskap har förbättringsområden.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt att verksamheten har en tillräcklig krisberedskap för att skydda föremålen i samlingarna men att det finns förbättringsområden.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt en tydlig organisation för att hantera krissituationer, men att ansvarsområden delvis har klargjorts. Vidare bedömer revisionen att styrelsen har tillsett att föremålen i samlingarna kan spåras på ett tillräckligt sätt.

Slutligen bedömer revisionen att styrelsen delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer. Revisionen anser att arbetet med riskbedömningar för samlingarna kan stärkas och att arbetet med katastrofplanerna kan förbättras.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av styrelsens arbete med krisberedskap	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att riskbedömningar uppdateras årligen (2024).
Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar att styrelsen införa regelbundna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att förbereda personalen för olika krissituationer (2024).

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Däremot finns förbättringsområden som vi vill lyfta.

I rutinen¹ samt tillhörande rubrikstruktur och anvisningar² framgår hur uppföljning och bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Det framgår av dokumenten att en målbedömning ska göras enligt status grön, gul eller röd.

Vi noterar att styrelsen i årsredovisningen inte har bedömt måluppfyllelsen för fyra av regionfullmäktiges mål enligt status grön, gul eller röd.

¹ Rutin för nämnders och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024.

² Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024.

Vidare noterar vi att förvaltningen har anställt en säkerhetssamordnare under 2024. Enligt delegeringsordningen är anställning av personal ett delegerat beslut och ska anmälas till styrelsen. Vår genomgång av anmälda delegeringsbeslut under 2024 visar dock på att detta beslut inte har anmälts.

2.1 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Granskning av styrelsens arbete med krisberedskap

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

Krisberedskap innebär att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Kriget i Ukraina har ökat fokuset på beredskap för kulturarv.³ Styrelsen ansvarar för att förvalta och utveckla regionens kultur- och naturarv, där bland annat museer och dess samlingar av föremål ingår. Museernas uppdrag enligt museilagen är bland annat att samla in föremål samt bevara och skydda dessa föremål. En väl fungerande krisberedskap är nödvändig för att skydda kulturarvet. Brister i krisberedskapsarbetet kan leda till att samlingarna förstörs eller går förlorade vid kriser eller krig. Det finns även risk för stöld eller skadegörelse av föremål, exempelvis på grund av bristande lokaler eller magasin.⁴ Revisorerna har därför beslutat att granska styrelsens krisberedskapsarbete.

Granskningens syfte var att bedöma om styrelsen säkerställt att verksamheten har en tillräcklig krisberedskap för att skydda föremålen i samlingarna. Granskningen avser att besvara följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen säkerställt en tydlig organisation och klara ansvarsområden för att hantera krissituationer?
- Har styrelsen tillsett att föremålen i samlingarna kan spåras på ett tillräckligt sätt?
- Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer?

Granskningen har genomförts med hjälp av intervjuer och dokumentgranskning. Två museer har valts ut i granskningen: Göteborgs naturhistoriska museum (förkortas fortsättningsvis för GNM) och Lödöse

³ Beredskap för krig | Riksantikvarieämbetet (raa.se)

⁴ Bevara samlingarna – säkerhetsarbete i de statliga centralmuseernas samlingsförvaltning (Riksrevisionen, RIR 2019:5)

Museum. Urvalet har gjorts eftersom de har samlingar. Externa magasin har inte ingått i granskningen.

Revisionskriterierna utgörs av:

- Museilag (2017:563), 9§
- Prop. 2016/17:116 – Kulturarvspolitik
- Policy säkerhet och beredskap i Västra Götalandsregionen, beslutad av regionfullmäktige (RS 2018–00129)
- Regional riktlinje krisberedskap och katastrofmedicin 2024-2028 Beredskaps- och krisledningsorganisation (RS 2023-04878)
- Regional riktlinje verksamhetsskydd (RS 2018–00129)
- Reglemente för styrelsen för kulturutveckling (RS 2023–01583)
- Spectrum 5.0 Standard för samlingsförvaltning på museer, Riksantikvarieämbetet
- Riksantikvarieämbetets råd och stöd för samlingsförvaltning.⁵

3.1.1 Resultat

Organisation och ansvar för krisberedskapsarbetet

Regionens riktlinje för krisberedskap och katastrofmedicin anger att det ska finnas lokala styrdokument som beskriver hur förvaltningen ska leda och organisera sig vid kris eller krig. Enligt reglementet ansvarar styrelsen för att dess organisation är tydlig. Riksantikvarieämbetets ramverk för samlingsförvaltning betonar också vikten av tydligt definierade roller och ansvar, så att det är klart vem som gör vad och vem som får fatta beslut.

I granskningen har framkommit att styrelsen har beslutat om en krisledningsorganisation⁶ och att det finns en krishanteringsplan som beskriver hur verksamheten ska ledas och organisera sig vid kris.

I intervjuerna har framkommit att Lödöse Museum och Göteborgs Naturhistoriska Museum (GNM) har en krisberedskapsorganisation där enhetscheferna har ett övergripande ansvar och mandat att fatta beslut, om exempelvis evakuering, vid en krissituation. Det har även framkommit att museerna har tagit fram katastrofplaner enligt Riksantikvarieämbetes mall för katastrofplaner, vilka vi har granskat på plats. I Lödöses plan har roller och ansvarsområden tydligt definierats och beskrivits men i GNM:s fall

⁵ [Samlingsförvaltning | Riksantikvarieämbetet \(raa.se\)](https://www.raa.se)

⁶ Krisledningsorganisation för kulturförvaltningen 2024 (2024-02-05, §4)

pågår ett arbete med att beskriva detta i planen. Enligt de intervjuade ska ansvaret vid en krissituation fördelas i enlighet med planerna.

Spårbarheten för föremålen i samlingarna

Policys och rutiner

Enligt Spectrum ska det finnas policyer som integrerat beskriver hur samlingarna ska utvecklas, dokumenteras, användas och bevaras för att främja museets uppdrag.

Granskningen har visat att det finns en samlingsförvaltningsplan med riktlinjer och rutiner för samlingsförvaltning. Planen ska säkerställa en systematisk och professionell hantering av samlingarna. Vidare finns en handbok för samlingsförvaltning som stöd för de som arbetar med samlingarna. Handboken utgår ifrån Spectrum-standarden och innehåller förvaltningsövergripande riktlinjer, enhetsspecifika rutiner och stöddokument.

Registrering och inventering av föremål

Museernas uppdrag inkluderar bland annat att bevara föremål och göra verksamheten tillgänglig. För att kulturarvsobjekten ska kunna upplevas av en publik krävs att de är i gott skick, registrerade och katalogiserade.⁷ Enligt Spectrum ska museet registrera var alla föremål som det ansvarar för finns och ha grundinformation som identifierar föremålen och deras förvaringsplats. Det är också viktigt att inventera samlingarna för att säkerställa att föremålen är på plats och att grundinformationen är korrekt och fullständig. Inventering kan ske genom stickprovskontroller.

I granskningen har framkommit att Lödöse Museum registrerar föremål digitalt i systemet Primus, men att alla föremål inte är registrerade eftersom systemet inte är anpassat för arkeologiska samlingar. Hyllor och föremål märks för att det ska vara enkelt att hitta föremålen i lokalerna och förvaringsutrymmen. På GNM, som ansvarar för cirka tio miljoner föremål, har föremålen registrerats i en generalkatalog. Däremot är endast cirka fem procent av föremålen registrerade digitalt i systemet Specify.

Enligt de intervjuade återstår mycket arbete för att uppnå full spårbarhet och digital tillgänglighet för samlingarna. Arbetet är omfattande och kostsamt, och de ekonomiska resurserna i förvaltningen är begränsade. Samtidigt har museerna stora utmaningar med resurs- och tidsbrist men även tekniska begränsningar. För att öka den digitala tillgängligheten har en digitaliseringsstrategi tagits fram inom avdelningen Natur och

⁷ Prop. 2016/17:116 – Kulturarvspolitik (s. 126).

Kulturarv, vilken ska anpassas till Kulturförvaltningens kommunikationsriktlinjer. Anpassningen har påbörjats men är ännu inte klar. Förvaltningen har också uppgett att en omfattande insats för att öka spårbarheten för samlingarna kommer att påbörjas under 2025. Satsningen omfattar bland annat inventering och registrering av samtliga utställningar samt prioriterade samlingar.

Granskningen har visat att förvaltningen har rutiner som beskriver att stickprovskontroller ska ske årligen eller vid behov, för att kontrollera grundläggande information såsom registreringsuppgifter och placering. Varken Lödöse Museum eller GNM har tidigare genomfört stickprovskontroller, men under hösten 2024 har båda museerna gjort stickprov och dokumenterat dem i enlighet med rutinen.

Granskningen har visat att båda museerna har identifierat avvikelser vid sina stickprovskontroller och att merparten av dem hanterades i samband med kontrollen. Några av de intervjuade har uppgett att om stickproven visar att ett föremål inte finns på plats ska det utredas. Om föremålet trots utredning inte kan hittas ska en stöldanmälan göras och ärendet ska registreras i regionens rapporteringssystem MedControl. Revisionen har noterat att hanteringen beskrivs i handboken för samlingsförvaltning.

Åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer

Riskbedömning för samlingarna

Regionens policy säkerhet och beredskap anger att tänkbara hot, risker och sårbarheter ska identifieras och begränsas. Enligt Spectrum ska museerna göra riskbedömningar för samlingarna och de ska uppdateras regelbundet för att säkerställa att åtgärderna är aktuella och att det görs en bedömning av nya risker.

I granskningen har framkommit att Lödöse Museum och GNM har bedömt risker i samband med arbetet att ta fram katastrofplanerna och har tagit fram åtgärder för att hantera dem. Enligt våra intervjuer gör Lödöse en årlig uppdatering av sin riskbedömning, medan GNM inte har uppdaterat riskbedömningen sedan den upprättades 2023.

Förvaring av föremål

Av regionens riktlinje verksamhetsskydd framgår att åtgärder som tekniskt skydd, bevakning och larm, ska tillämpas för att skydda tillgångar från obehörigt intrång, stöld och skadegörelse. Riksantikvarieämbetet betonar också vikten av skalskydd för byggnader samt betryggande förhållanden vad gäller inomhusklimat, mögel och skadedjur för att skydda föremålen.

Vidare ska det finnas rutiner för att hantera skadade och försvunna föremål. Incidenter ska dokumenteras, rapporteras och utredas för att lära av dem och att förbättra verksamheten.⁸

I intervjuerna har framkommit att Lödöse Museum har larm i hela byggnaden, säkerhetsglas för att försvåra obehörigt intrång samt kameraövervakning. Museet håller också på att implementera den förvaltningsövergripande rutinen för beviljande av tillgång till magasin. Enligt de intervjuade har tillträdet till lokalerna begränsats genom ett passersystem. Museet loggar regelbundet klimatdata och genomför skadedjurskontroller två gånger per år. Rutiner har även införts för skadedjurskontroll vid hantering av inkommande kartonger då museet saknar uppkningsrum.

GNM har liknande säkerhetsåtgärder med larm och begränsat tillträde till lokalerna. Externa besökare, såsom forskare och entreprenörer, får endast vistas i lokalerna i närvaro av behörig museipersonal. De intervjuade har uppgett att det genomförs regelbundna skadedjurskontroller och att det även finns ett frysrum som används för att förhindra skadedjur, exempelvis vid flytt av föremål inom museet eller om föremål har varit utlånade. Museet övervakar kontinuerligt temperatur och luftfuktighet. I intervjuerna har framkommit att det finns utmaningar med att upprätthålla moderna förvaringsstandarder på grund av byggnadens ålder.

I granskningen har framkommit att båda museerna rapporterar incidenter, inklusive stölder, i systemet MedControl. Museicheferna och avdelningscheferna följer upp incidenter och vidtar åtgärder vid behov. Exempelvis har säkerhetsrutiner skärpts och tillträde till lokaler har omvärderats. I handboken för samlingsförvaltning finns rutiner för hur skadade eller försvunna föremål ska hanteras. Enligt de intervjuade är MedControl främst framtaget för sjukvården men används inom förvaltningen. Systemet upplevs som tungrott, vilket gör det svårt att ta fram och följa upp rapporter. Enligt de intervjuade kan detta medföra en risk att personalen undviker att rapportera i systemet.

Restvärdesräddning och beredskap för katastrofer

Enligt Spectrum ska en katastrofplan för samlingarna sammanställas när riskerna har bedömts och samordnas med museets krisplan. Det ska finnas flera skriftliga exemplar av katastrofplanen på museerna, varav ett ska förvaras säkert på en annan plats. Riksantikvarieämbetet har tagit fram en mall för katastrofplan. Spectrum anger även att regelbundna övningar ska

⁸ Policy säkerhet och beredskap i Västra Götalandsregionen (RS 2018-00129).
Spectrum 5.0 – Skada och förlust.

genomföras för att säkerställa att katastrofplanen fungerar. Katastrofplanen bör även ses över regelbundet, minst varje år, och uppdateras omedelbart vid förändringar och vid aktiviteter som innebär ökade risker.

I granskningen har framkommit att Lödöse Museum och GNM upprättade katastrofplaner för sina samlingar under 2023, enligt Riksantikvarieämbetets mall. På GNM pågår arbete med att färdigställa planen. Båda museerna har digitala katastrofplaner på plats. Lödöse förvarar en skriftlig kopia på annan plats, medan GNM förvarar sin skriftliga version säkert på plats. Inget av museerna har flera skriftliga exemplar. De intervjuade har uppgett att katastrofplanerna kommer att uppdateras årligen. På GNM finns även insatskort för räddningstjänsten, vilka förvaras i ett låst skåp på museet.

Våra intervjuer har visat på att Lödöse Museum har integrerat sin katastrofplan med museets krisplan, medan GNM har gjort det till viss del. Det pågår även ett arbete med att integrera museernas krisplaner med den förvaltningsövergripande planen för att skapa en sammanhängande process för krishantering.

Vidare har det framkommit i granskningen att förvaltningen har deltagit i en översvänningsövning i samarbete med Riksantikvarieämbetet. Personal från samtliga museer deltog, där varje museum arbetade utifrån sina specifika förutsättningar och hotbilder. Däremot har museerna inte genomfört några interna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar. De intervjuade har dock uppgett att Lödöse Museum har genomfört en virtuell övning i samarbete med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, och att GNM har haft brandövningar.

3.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt att verksamheten har en tillräcklig krisberedskap för att skydda föremålen i samlingarna men att det finns förbättringsområden.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt en tydlig organisation för att hantera krissituationer, men att ansvarsområden delvis har klargjorts. Granskningen har visat att det pågår ett arbete vid Göteborgs naturhistoriska museum med att beskriva roller och ansvar. Revisionen anser att det är viktigt att arbetet färdigställs så att ansvarsområden vid en krissituation är tydligt definierade.

Vidare bedömer revisionen att styrelsen har tillsett att föremålen i samlingarna kan spåras på ett tillräckligt sätt. Bedömningen grundar sig på

att det finns policyer och rutiner för arbetet med samlingarna, att museerna arbetar med att registrera föremål digitalt för att säkra spårbarhet, trots stora utmaningar i arbetet, samt att samlingarna inventeras. Dessutom pågår och planeras åtgärder för att öka spårbarheten och den digitala tillgängligheten för samlingarna, vilket revisionen ser positivt på. Vi kommer att följa arbetet.

Slutligen bedömer revisionen att styrelsen delvis har vidtagit tillräckliga åtgärder för att skydda föremålen i samlingarna från stöld, skada och katastrofer. Revisionen anser att arbetet med riskbedömningar för samlingarna kan stärkas. Styrelsen behöver se till att riskbedömningar uppdateras regelbundet för att säkerställa att åtgärder hålls aktuella och att nya risker bedöms.

Revisionen anser även att arbetet med katastrofplanerna kan förbättras. Det är viktigt att det finns flera skriftliga exemplar av katastrofplanerna så att museerna inte riskerar att förlora dem vid en krissituation. Revisionen anser även att styrelsen behöver se till att regelbundna övningar genomförs för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att stärka de anställdas kunskap om hur de ska agera vid en krissituation.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för kulturutveckling att:

- säkerställa att riskbedömningar uppdateras årligen
- införa regelbundna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att förbereda personalen för olika krissituationer.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsred reglar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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.

5.1 Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete

Revisionen granskade systematiskt brandskyddsarbete 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det finns gränsdragningslistor för brandskyddet mellan fastighetsägare och verksamheten samt att de revideras i enlighet med regional riktlinje brandsäkerhet.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att brand- och utrymningsövningar genomförs på ett strukturerat och regelbundet sätt.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom skriftliga frågor till förvaltningen.

I 2023 års granskning noterade vi att Vänersborgs Museum saknade en tydlig gränsdragningslista i samverkansavtalet med Vänersborgs kommun. Gränsdragningslistan ska reglera ansvaret för brandskyddet. Vår uppföljning visar att en gränsdragningslista kommer att upprättas under 2025. Denna ska ingå som en bilaga till det nya samverkansavtal som ska tecknas mellan kulturförvaltningen och Vänersborgs kommun under 2025.

Vidare framkommer i uppföljningen att brandövning ingår i de obligatoriska utbildningar som medarbetare ska genomföra. Utrymningsövningar kommer att genomföras under 2025 och därefter mer regelbundet.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00071

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för naturbruk

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisions sed 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Naturbruk

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Naturbruk – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00071

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Rickard Johansen och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Vilma Lisboa Skarp

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Carina Gustavsson

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Fördjupad granskning	6
4. Granskning av räkenskaper	10
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	11
Revisionens uppdrag	12

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- uppdragstyrning av styrelsen för naturbruk (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper
- uppföljning.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

För året redovisar styrelsen ett resultat på minus 0,4 miljoner kronor vilket är en avvikelse gentemot budget med samma belopp. Genom att använda

eget kapital har styrelsen balanserat resultatet, vilket innebär att det slutliga resultatet var en budget i balans. Förvaltningens egna kapital uppgår därefter till 10,4 miljoner kronor

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Uppdragsstyrning av styrelsen för naturbruk

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen för naturbruk och styrelsen för folkhögskolorna utformat en ändamålsenlig styrning med tillräcklig intern kontroll inom sina respektive ansvar i reglemente som uppdragstagare. Granskningen avsåg att besvara följande revisionsfrågor:

1. Har styrelsen för naturbruk säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning och uppföljning av uppdrag?
2. Har styrelsen för naturbruk säkerställt att beslutad styrning och uppföljning genomförts och rapporterats?

3.1.1. Resultat

Av regionfullmäktiges budgetmål Bygga kompetens för bättre kompetensförsörjning och livslångt lärande framgår att Västra Götalandsregionen ska kraftsamla för fullföljda studier.

Naturbruksgymnasierna ska tillgodose de gröna näringarna med kompetent arbetskraft. Naturbruksgymnasierna har i uppdrag att vara kompetenscentrum för de gröna näringarna och vara en aktiv del i landsbygdsutvecklingen vilket kan bidra till en ökad självförsörjningsgrad i jordbruket.

Regionens policy för styrning anger att nämnder och styrelser ska bedriva verksamheten så att uppdrag, överenskommelser och mål genomförs på ett effektivt och ändamålsenligt sätt, samtidigt som intern kontroll säkerställs. Miljö- och regionutvecklingsnämnden (vidare MRU) ansvarar för att tilldela uppdrag och ekonomiska resurser till utförarverksamheter inom nämndens område. Dessa uppdrag ska utgå från regionfullmäktiges strategiska planer och budget samt bidra till att möta invånarnas behov.

Naturbruksstyrelsen ansvarar för att genomföra gymnasieutbildningar, vuxenutbildningar och yrkeshögskoleutbildningar samt att bedriva kompetens- och kunskapsutveckling. Från och med 2024 tilldelas

Naturbruksstyrelsen ett treårigt uppdrag, med årlig finansiering. MRU:s huvudperspektiv för uppdraget är att stödja utbildningsverksamheten och att ge skolorna en roll i den hållbara, regionala utvecklingen.

MRU:s beredning av uppdraget utgår från styrande dokument som den regionala utvecklingsstrategin, budget och reglementen. Processen inleds med att en regionutvecklare tar fram ett förslag, som sedan bearbetas av förvaltningen för att säkerställa att alla aspekter är genomarbetade. Beslut om uppdraget fattas vid MRU:s septembermöte, varefter det vidarebefordras till Naturbruksstyrelsen som i sin tur fattar beslut om mottagande av uppdrag.

Genomförande och intern kontroll

Revisionen har noterat att uppdraget har integrerats i Naturbruksstyrelsens verksamhet och kärnprocesser, bland annat genom den ordinarie processen för intern kontroll och riskhantering samt detaljbudgetarbetet. Detta beror delvis på att uppdragsstyrningen delar samma mål som de prioriterade målen som regionfullmäktige har tilldelat styrelsen.

En central ledningsgrupp ansvarar för arbetet med uppdraget följer ett årshjul som följer den nationella styrningen för utbildning. Risker relaterat till uppdraget följs upp och redovisas i samband med delårsrapporter och årsredovisningar.

MRU-uppdraget omfattar fyra fokusområden:

1. Att attrahera fler elever
2. Säkerställa att studier fullföljs
3. Höja studieresultaten
4. Stärka arbetet med regional utveckling.

Samarbeten och samordning

Samarbeten sker med förtroendevalda i kommuner, lokala näringsidkare, elever och andra representanter för att anpassa skolornas verksamhet efter behov. Inom ramen för samverkansavtalet arbetar en samordningsgrupp med att gemensamt utveckla och samordna verksamheten för att bland annat attrahera fler elever.

Ledningsrådet för naturbruk håller fyra möten per år. Deltagarna inkluderar skolchefer från kommunalförbund i regionen, representanter från MRU och en förbundsdirektör från Fyrbodals kommunalförbund. Syftet är att uppdatera berörda om skolornas verksamhet och sprida information inom de delregionala områdena. Naturbruksstyrelsen deltar

även i den västsvenska gruppen för strategisk landsbygdsutveckling, som leds av MRU:s ordförande.

Naturbruksstyrelsen samarbetar även med styrelsen för folkhögskolorna. Under året har gemensamma möten hållits för att öka kunskapen om varandras uppdrag och ansvarsområden.

Uppföljning och utvärdering

Den regionala utvecklingsstrategin ska bidra till fyra långsiktiga prioriteringar varav bygga kompetens är en prioritering. För att nå prioriteringen krävs insatser för att förbättra matchningen på arbetsmarknaden och att underlätta för fler att etablera sig på arbetsmarknaden. Detta förutsätter en kraftsamling för att barn och unga i större utsträckning ska fullfölja sina studier.

Regionen har det övergripande ansvaret för uppföljning av den regionala utvecklingsstrategin men respektive aktör ansvarar för att följa upp sina insatser.

MRU ansvarar för uppföljning och utvärdering av uppdraget enligt nämndens reglemente. Styrelsen för naturbruk ska, utöver ordinarie delårsrapport i augusti samt årsredovisning, återrapportera uppdragets genomförande till MRU årligen. Därutöver har det i intervjuer framgått att det görs årliga särskilda avstämningar mellan presidierna för styrelsen för naturbruk och MRU.

I samband med återrapporteringen till MRU ska styrelsen för naturbruk redovisa hur bidraget från MRU fördelas på uppdragets olika delar. Återrapporteringen ska även redogöra för de specifika, mätbara och tidsbestämda mål som verksamheten styr mot, hur arbetet utformats för att nå dem, samt resultatet av det arbetet. Styrelsen för naturbruk utformar själv mål och insatser för att nå dessa, samt vilka indikatorer som används för att följa upp resultaten.

Vid intervjun har det framkommit att uppföljningen av uppdraget sker genom både skriftlig och muntlig rapportering till MRU. En skriftlig rapport lämnas in en gång per år, och därefter följer en muntlig återrapportering baserad på den skriftliga rapporten. Dialogmöten hålls regelbundet med MRU:s presidium, där det aktuella uppdraget går igenom. Under dessa möten presenteras det nuvarande läget och framtida inriktningar diskuteras. Uppföljning av arbetet sker även genom delårsrapporter och årsredovisningen, samt genom regional och statlig uppföljning. Vidare följs det i Plan & styr.

3.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning och tillräcklig intern kontroll inom styrelsens ansvarsområden som uppdragstagare.

Revisionen bedömer att styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig struktur för styrning och uppföljning av uppdrag. Vidare bedömer revisionen att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats på ett tillfredsställande sätt.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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.

5.1 Uppföljning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskade intern kontroll i redovisningsrutiner 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att se över möjligheten att införa dualitetsprincipen i ekonomisystemet vid upprättande av manuella bokningar.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med ledning samt via dokumentgranskning.

Från och med 2024-01-01 krävs dubbel attest för manuella bokningar i ekonomisystemet.

5.1.2 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00045

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för NU-sjukvården

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

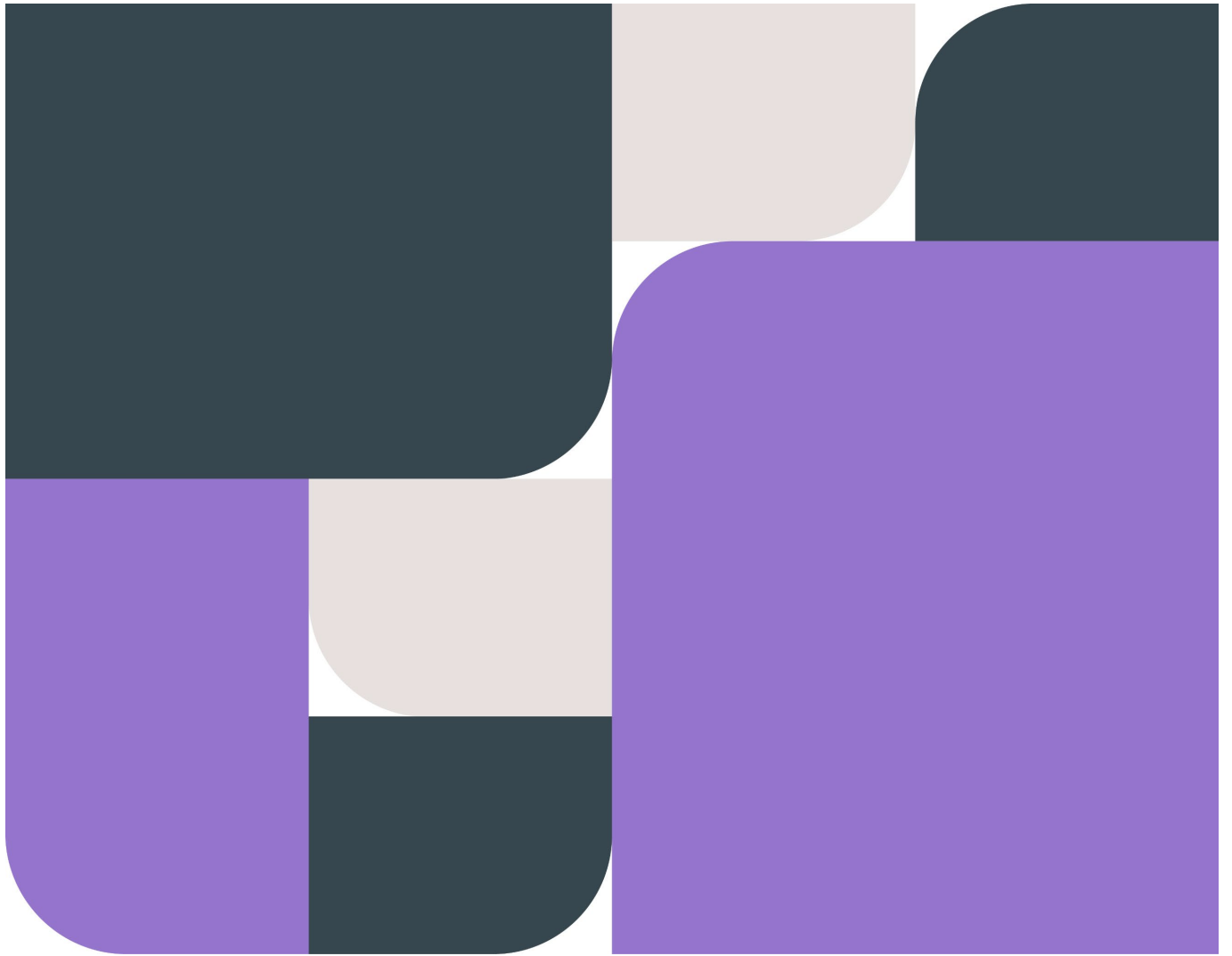
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för NU-sjukvården

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för NU-sjukvården –
granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024-00045

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Frida Karlsson, Peder Welin och Ulf Aronsson
(till och med 2024-12-31)

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Sven Liljegren och Anne-Lie Sundling

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	6
3. Fördjupad granskning	11
4. Granskning av räkenskaper	13
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	14
Revisionens uppdrag	16

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning av omställningen av hälso- och sjukvården
- granskning av räkenskaper
- uppföljning av rekommendationer.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat. Den grundläggande granskningen visar dock på vissa avvikelser vad gäller redovisning och rapportering av styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Det gäller redovisning i delårsrapporter samt årsredovisning avseende regionfullmäktiges mål och

fokusområden där status och måluppfyllelse inte redovisats enligt rutin och anvisningar. Det gäller även att tillhörande indikatorer för regionfullmäktiges mål och fokusområden inte redovisas enligt rutinen.

Vår sammanfattande bedömning av fördjupad granskning av omställningen av hälso- och sjukvården är att styrningen med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i huvudsak är ändamålsenlig. Vi bedömer dock att arbetet endast delvis leder till en tillräcklig förflyttning till nära vård.

1.1 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
Granskning avseende styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden omfattar bedömning av måluppfyllelse, prognos samt tillhörande indikatorers utfall enligt rutin och anvisningar (2024).
Granskning avseende verksamhet Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att på ett tydligt sätt återrapportera 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 (2023). [Ingen uppföljning 2024.]
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi. Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion (2023). [Ingen uppföljning 2024.]

Område	Rekommendation
Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi.	Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion (2023).
Inget svar	[Ingen uppföljning 2024.]

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrelsens redovisning av regionfullmäktiges mål och fokusområden. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.1.1 Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden

Enligt rutin för nämnders och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning ska detaljbudgeten innehålla planering avseende de mål och fokusområden som tilldelats

styrelsen från regionstyrelsen samt tillhörande indikatorer och i förekommande fall aktiviteter¹.

I rutin samt tillhörande rubrikstruktur och anvisningar framgår hur uppföljning och bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Alla styrelser ska lämna delårsrapporter per april och augusti samt en årsredovisning för helåret. Status och prognos avseende måluppfyllelse för fokusområden ska redovisas i delårsrapporten i april, medan målen ska följas upp i delårsrapporten i augusti. Status och bedömning av måluppfyllelsen för både mål och fokusområden ska redovisas i årsredovisningen. Om uppföljningen visar avvikelser mot mål eller fokusområden ska styrelsen redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen². Vid bedömning av måluppfyllelsen ska följande punkter kommenteras enligt anvisningarna³:

- Övergripande sammanfattning av arbetet med fokusområde eller mål och vad det lett till. Utfall för indikatorer och aktiviteter kopplade till mål/fokusområden ska vara underlag för sammanfattning och analys.
- Målbedömning enligt status grön, gul, röd. Prognosen ska baseras på samlad bedömning av punkten ovan.
- Beskrivning av fortsatta arbetet. I de fall mål eller fokusområdet bedöms som rött eller gult ska de åtgärder som verksamheten planerar vidta för måluppfyllelse beskrivas.

Av rutinen framgår att koppling av indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt utfall och regionalt måltal för perioden innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde. Vidare ska koppling av aktiviteter göras i rapporterna så att namn och status redovisas under respektive mål och fokusområde. Orsaker och konsekvenser av eventuella aktiviteter som inte har genomförts enligt plan ska redovisas⁴.

¹ Rutin för nämnders och styrelser rapportering i detaljbudget och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024, s.23. Beslutad av ekonomidirektör för Västra Götalandsregionen.

² Ibid. s.7–8, s.10.

³ Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024, s.3. Beslutad av ekonomidirektör för Västra Götalandsregionen.

⁴ Rutin för nämnders och styrelser rapportering i detaljbudget och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024, s.10, s.24. Beslutad av ekonomidirektör för Västra Götalandsregionen.

Vår granskning har visat att styrelsen i delårsrapport april och även i årsredovisning inte har följt rutinen och anvisningar för rapportering av måluppfyllelse och status. Vi har iakttagit att styrelsen i delårsrapport april inte har bedömt redovisade fokusområden med status och färgmarkeringar. Däremot redovisas status och aktiviteter i löpande text. I årsredovisningen saknas detta på motsvarande sätt för regionfullmäktiges mål, förutom för ett (1) mål avseende medarbetare. I styrelsens årsredovisning bedöms därmed ett mål som delvis uppfyllt medan fem mål inte bedöms överhuvudtaget. Styrelsens fokusområden har däremot i årsredovisningen bedömts enligt anvisningen. I delårsrapport augusti har vi inte noterat dessa avvikelser.

Vår granskning visar även att styrelsen har ett förbättringsarbete att göra för att i högre grad redovisa indikatorer tillhörande regionfullmäktiges mål och fokusområden enligt rutinen. Enligt rutinen ska indikatorer lyftas in och kopplas till respektive mål eller fokusområde och om möjligt ska tidsserier och utfall två år bakåt i tid redovisas. Detta har inte skett i delårsrapportering och årsredovisning och vi noterar även att vissa indikatorer saknas alternativt redovisas på annan plats i rapporteringen.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Styrelsen för NU-sjukvården uppvisar ett resultat för 2024 på minus 141 miljoner kronor, 2023 var resultatet minus 318 miljoner kronor. Resultatet 2024 motsvarar 2,3 procent av omsättningen och är 23 miljoner kronor bättre än av regionfullmäktige tillåtet underskott för NU-sjukvården. Detta är även 23 miljoner kronor bättre jämfört med under året lagd prognos på minus 164 miljoner kronor. Det ekonomiska resultatet är därmed inom ramen för av regionfullmäktige fattat beslut. Vi har även noterat att styrelsen i årsredovisning 2024 bedömt att de är i månatlig ekonomisk balans kvartal ett 2025, vilket är i linje med regionfullmäktiges beslut för delårsrapport april för Västra Götalandsregionen.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2.1 Styrelsens arbete med åtgärder för ekonomi i balans

I detaljbudget 2024 beskrev styrelsen en ekonomisk utmaning för 2024 om 450 miljoner kronor. I detaljbudgeten fanns preciserat åtgärder om totalt 216 miljoner kronor för att närma sig en ekonomi i balans. Styrelsen tilldelas i april ett tillkommande förstärkt sektorsbidrag (statsbidrag) på 128 miljoner kronor av regionfullmäktige. Under året ger styrelsen i uppdrag till förvaltningen att återkomma med förslag på ytterligare åtgärder. Några kompletterande åtgärder beslutas dock inte. I delårsrapport augusti och i månadsrapporter under hösten görs bedömningen att styrelsen kommer ha en ekonomi i balans till årsskiftet. Styrelsen uppnår på helår 2024 ett utfall för sitt arbete med åtgärder på 114 miljoner kronor enligt årsredovisning 2024.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten. Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar dock på vissa avvikelser vad gäller redovisningen och rapporteringen av styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Det gäller redovisning i delårsrapporter samt årsredovisning avseende regionfullmäktiges mål och fokusområden där status och måluppfyllelse inte redovisats enligt Västra Götalandsregionens rutin och tillhörande anvisningar. Det gäller även att tillhörande indikatorer för regionfullmäktiges mål och fokusområden inte redovisas enligt rutinen.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i den grundläggande granskningen lämnar vi följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- Säkerställa att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden omfattar bedömning av måluppfyllelse, prognos samt tillhörande indikatorers utfall enligt rutin och anvisningar.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupad granskning som har genomförts där riskanalysen och/eller tidigare granskning visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Omställningen av hälso- och sjukvården

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2025. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med årets granskning har varit att bedöma om styrningen av arbetet med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i praktiken är ändamålsenlig och om det sker nödvändig förflyttning till nära vård.

Vi har granskat hur berörda nämnder har verkat för att omställningen av hälso- och sjukvården inför 2025 har arbetats in i uppdrag till sjukhusen respektive i krav- och kvalitetsböcker (förfrågningsunderlagen) för de båda vårdvalen. Vi har även granskat förutsättningarna för förflyttningen till nära vård, både genom processer för ordnat överförande av vård och genom arbetet med nära vård delregionalt i norra och södra Västra Götalandsregionen.

Nära vård innebär bland annat att den vård som invånaren behöver ofta ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov. Det kan handla om hög kontinuitet och kontakt fysiskt eller genom digitala vårdtjänster. Målet är att skapa en vård med ökad trygghet, kvalitet, kontinuitet och effektivitet. Nära vård bygger på samverkan på flera nivåer inom och mellan verksamheter men framför allt mellan region och kommunerna.

Granskningen omfattade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, delregional nämnd norra, delregional nämnd södra, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för NU-sjukvården och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att styrningen med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i huvudsak är ändamålsenlig. Vi bedömer dock att arbetet endast delvis leder till en tillräcklig förflyttning till nära vård. Grunden för denna bedömning är dels att uppdrag och

förfrågningsunderlag inför 2025 inte skapar bättre förutsättningar för stärkt kompetensförsörjning, tillgänglighet och kontinuitet inom primärvården. Dels den strukturella utmaningen avseende kompetensförsörjning inom primärvården som hindrar en mer effektiv förflyttning till nära vård, framför allt i glesbygden. Vi bedömer även att det finns ett behov av att berörda nämnder och styrelser delregionalt verkar för att tydliggöra vilka frågor som hanteras i vilka delregionala forum och vilka parter som behöver delta för att få till ett ökat genomförande av nära vård.

Revisionen lämnar inga rekommendationer till styrelsen för NU-sjukvården.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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.

5.1 Uppföljning av räkenskapsrevision och årsbokslut

Revisionen granskade räkenskapsrevision och årsbokslut 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderade styrelsen för NU-sjukvården:

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

Vi har i år följt upp rekommendationerna. Uppföljningen visar att dubbel attest för bokföringsordrar och riktlinje har införts av regionalt ansvariga som en systemspärr från och med den 1 januari 2024 i verksamhetssystemet. Rekommendationen är därmed omhändertagen för samtliga styrelser i Västra Götalandsregionen.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att rekommendationerna är omhändertagna.

5.2 Uppföljning av patientsäkerhet

Revisionen granskade patientsäkerhet 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att överväga att ha patientsäkerhet som ett obligatoriskt informationsärendet 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 har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning av styrelsen protokoll och handlingar samt genom dialog. Dialogen har skett både med styrelsen och förvaltningen, i det senare fallet med ekonomichef och chefssjuksköterska. Uppföljningen visar att styrelsen har omhändertagit rekommendationen och har patientsäkerhet som en stående punkt på agendan med information om aktuellt läge, risker och utveckling inom patientsäkerhet.

5.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

5.3 Uppföljning av ekonomi

Revisionen granskade under 2023 ekonomistyrningen med fokus på prognosarbetet respektive att pröva realismen och bedömd effekthemtagning i beslutade åtgärder för ekonomi i balans. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

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.

Vi har i år följt upp rekommendationerna inom ramen för den grundläggande granskningen av ekonomistyrning. Uppföljningen visar att styrelsen under året har gjort realistiska prognoser som vid behov gett upphov till beslut om att ta fram ytterligare åtgärder.

5.3.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00056

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Närhälsan

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Närhälsan

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Närhälsan – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024-00056

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Peder Welin, Thomas Vilhelmsson och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Maria Gabrielsson Fredrikson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Gun Alexandersson Malm

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	4
2. Grundläggande granskning	6
3. Fördjupad granskning	8
4. Granskning av räkenskaper	12
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	13
6. Bilagor	14
Revisionens uppdrag	25
Bilaga 6.1: Granskning av ekonomistyrning inom styrelsen för Närhälsan	

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionsred. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
 - ekonomistyrning
 - produktionspåverkan vid införandet av Millennium
 - omställningen av hälso- och sjukvården
- granskning av räkenskaper
- uppföljning av rekommendationer.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 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
Granskning av program Millennium Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen (2023). säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet. (2023). (Ingen uppföljning 2024)
Granskning av produktionspåverkan vid införandet av program Millennium Svar 31 mars	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla riskanalysarbetet vad gäller patientsäkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium (2024).
Granskning av samordnade insatser för barn och unga Inget svar	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). 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). (Ingen uppföljning 2024)

Område	Rekommendation
Granskning av samordnade insatser för barn och unga Inget svar	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). (Ingen uppföljning 2024)

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering. Revisionen har även fördjupat granskat ekonomistyrning vilket redovisas nedan under rubrik 3.1.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Granskning av ekonomistyrningen inom styrelsen för Närhälsan

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten och bifogas i sin helhet, se 6.1, bilaga 1.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning.

Granskningen har utgått från följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?
- Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?
- Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Granskningen är avgränsad till styrelsen för Närhälsan. Den har genomförts genom dokumentstudier och en intervju med ekonomichef. Följande revisionskriterier har använts i granskningen:

- Reglemente för styrelsen för Närhälsan
- Riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024
- Rutin för nämnders och styrelsers rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024.

Vår sammanfattande bedömning är att styrelsen har implementerat ändamålsenliga processer för budgetberedning, prognosarbete, och uppföljning. Detta inkluderar en strukturerad och regelbunden process för prognoser och månatlig uppföljning av ekonomin, vilket säkerställer att styrelsen har en kontinuerlig och uppdaterad bild av den ekonomiska situationen. Granskningen visar att styrelsen har upprättat en ny handlingsplan för att öka antalet listade patienter, vilket är ett prioriterat fokusområde framöver. Revisionen kommer fortsatt att följa styrelsens arbete med handlingsplanen för ökad listning.

3.2 Produktionspåverkan vid införandet av program Millennium

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i oktober 2024. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om ansvariga styrelser och nämnd har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Granskningen syftade även till att bedöma om ansvariga styrelser har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Vi bedömer att styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, har säkerställt detta.

Vidare bedömer revisionen att regionstyrelsen, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus inte har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan. Vi bedömer att styrelsen för Regionhälsan delvis har säkerställt detta.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Regionhälsan att

- utveckla riskanalysarbetet vad gäller patientsäkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium.

3.3 Omställningen av hälso- och sjukvården

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2025. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med årets granskning har varit att bedöma om styrningen av arbetet med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i praktiken är ändamålsenlig och om det sker nödvändig förflyttning till nära vård.

Vi har granskat hur berörda nämnder har verkat för att omställningen av hälso- och sjukvården inför 2025 har arbetats in i uppdrag till sjukhusen respektive i krav- och kvalitetsböcker (förfrågningsunderlagen) för de båda vårdvalen. Vi har även granskat förutsättningarna för förflyttningen till nära vård, både genom processer för ordnat överförande av vård och genom arbetet med nära vård delregionalt i norra och södra Västra Götalandsregionen.

Nära vård innebär bland annat att den vård som invånaren behöver ofta ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov. Det kan handla om hög kontinuitet och kontakt fysiskt eller genom digitala vårdtjänster. Målet är att skapa en vård med ökad trygghet, kvalitet, kontinuitet och effektivitet. Nära vård bygger på samverkan på flera nivåer mellan verksamheter men framför allt mellan region och kommunerna.

Granskningen omfattade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, delregional nämnd norra, delregional nämnd södra, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för NU-sjukvården och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att styrningen med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i huvudsak är ändamålsenlig. Vi bedömer dock att arbetet endast delvis leder till en tillräcklig förflyttning till nära vård. Grunden för denna bedömning är dels att uppdrag och förfrågningsunderlag inför 2025 inte skapar bättre förutsättningar för stärkt kompetensförsörjning, tillgänglighet och kontinuitet inom primärvården. Dels den strukturella utmaningen avseende kompetensförsörjning inom primärvården som hindrar en mer effektiv förflyttning till nära vård, framför allt i glesbygden. Vi bedömer även att det finns ett behov av att berörda nämnder och styrelser delregionalt verkar för

att tydliggöra vilka frågor som hanteras i vilka delregionala forum och vilka parter som behöver delta för att få till ett ökat genomförande av nära vård.

Revisionen lämnar inga rekommendationer till styrelsen för Närhälsan med anledningen av den här granskningen.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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. Övriga rekommendationer som kvarstår enligt tabell på sidan 4–5 har styrelsen för Närhälsan besvarat i skrivelse till revisionen men kommer att följas upp under kommande år.

5.1 Uppföljning av räkenskapsrevision

Revisionen granskade räkenskaperna 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för Närhälsan:

- 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 sin egen bokföringsorder. Från och med 2024-01-01 kommer dubbel attest att krävas för manuella bokningar i ekonomisystemet (2023).
- Vi rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att till samtliga manuella bokföringsordrar bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen (2023).

Vi har i år följt upp rekommendationerna och i uppföljningen konstaterar vi att dubbel attest för bokföringsordrar har införts av regionalt ansvariga som en systemspärr från och med den 1 januari 2024 i verksamhetssystemet. Rekommendationen är därmed omhändertagen för samtliga styrelser i Västra Götalandsregionen.

I styrelsen för Närhälsans ärende om revisionsrapport 2023 konstateras att Närhälsan under våren 2024 har tagit fram en egen riktlinje gällande underlag till manuella bokföringsordrar.

Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

6. Bilagor

6.1 Granskning av ekonomistyrningen inom styrelsen för Närhälsan



Granskning av ekonomistyrningen inom styrelsen för Närhälsan

Sammanfattning

Styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning genom en strukturerad process som inkluderar tre möten under hösten: ett informationsmöte i september, ett uppföljningsmöte i oktober och ett beslutsmöte i november. Extra presidie möten har hållits med primärvårdsdirektören och ekonomichefen för att ytterligare fördjupa diskussionerna om budgeten, inklusive eventuella neddragningar. Vårdcentralschefer och områdeschefer är aktivt involverade i ekonomistyrningen tillsammans med controllers, och ansvarsfördelningen är decentraliserad inom Närhälsan, där varje enhet hanterar sina egna ekonomiska medel. Trots begränsade anvisningar från Koncernkontoret finns detaljerade interna riktlinjer för ekonomistyrning. Styrelsen godkände en budget 2024 med underskott på minus 80,0 miljoner kronor, täckt av eget kapital, för att hantera engångskostnader och stigande kostnader.

När det gäller prognosarbete har styrelsen etablerat en detaljerad process där prognoser upprättas för varje enhet under specifika månader samt en totalprognos varje månad för hela förvaltningen. Månatliga möten avseende prognoser ger möjlighet att koordinera och justera prognoserna och säkerställa en korrekthet i dessa. Prognoser kommuniceras till styrelsen vid varje möte genom ekonomiska rapporter och presentationer, vilket ger styrelsen en kontinuerlig och uppdaterad bild av den ekonomiska situationen.

Styrelsen har också säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll genom löpande ekonomiuppföljning varje månad. Specifika handlingsplaner upprättas för enheter med stora underskott och åtgärder diskuteras och bedöms vid varje styrelsemöte. Trots dessa åtgärder kvarstår utmaningar med budgetavvikelse på grund av låg uppräkningsgrad, inflation och ökade kostnader. Betydande personalneddragningar och minskade inköp av bemanningsföretag har genomförts som svar på dessa ekonomiska utmaningar. Styrelsen har valt att fokusera på att utveckla handlingsplaner för att öka listningen och motverka intäktsbortfall. Regionstyrelsen har inte vidtagit några åtgärder vid ekonomiska underskott, och det upplevs att det stöd som ges från Koncernkontoret är otillräckligt för att stödja förvaltningen i sitt ekonomiska arbete.

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

Enligt kommunallagen ska verksamheten bedrivas med en ekonomi i balans, det vill säga att intäkter överstiger kostnaderna varje år, för att uppnå en god ekonomisk hushållning. Regionfullmäktige har finansiella mål och regionstyrelsen uppmanar återkommande nämnder och styrelser

till att anpassa verksamheten till lagd budget och uppnå en ekonomi i balans. Styrelsen för Närhälsans reglemente anger att styrelsen inom sitt verksamhetsområde ska anpassa sin verksamhet så att man bidrar till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen.

Styrelsen för Närhälsan har i sin årsredovisning 2023 beskrivit ekonomiska utmaningar för Närhälsans verksamheter. Närhälsan hade ett försämrat ekonomiskt utfall och trend under 2023 jämfört med tidigare år. Budgeten för 2023 hade som resultat minus 57 miljoner kronor enligt godkänt ianspråktagande av eget kapital. Resultatet för 2023 uppgår till minus 63,3 miljoner kronor på helår, det vill säga en negativ avvikelse mot budget om 6,3 miljoner kronor. Enligt detaljbudget 2024 uppgår det budgeterade resultatet för 2024 till minus 80 miljoner kronor.

Av styrelsens plan för intern kontroll 2024 framgår bland annat genomförd riskanalys samt vilka kontroller som ska genomföras under året för att hantera identifierade risker. En av styrelsens identifierade risker med högst riskvärde hamnar under området ekonomi.

Av revisionsenhetens genomförda riskanalys för 2024 framgår att ekonomistyrningen inom styrelsen för Närhälsan är ett av de områden som har högt riskvärde.

Utifrån denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en fördjupad granskning av ekonomistyrningen inom styrelsen för Närhälsan.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

1. Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?
2. Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?
3. Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier kommer att användas i granskningen:

- Styrelsens ansvar enligt reglemente (RS 2023-01583)

- Riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024
- Rutin för nämnders och styrelseras rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024, Dnr: RS 2023–02473, Version: 2024:05

Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervju har genomförts med ekonomichef inom styrelsen för Närhälsan.

Granskningens resultat - iakttagelser

1. Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?

Styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning genom en strukturerad process som sträcker sig över tre möten under hösten. Budgetarbetet inleds med att styrelsen får en översikt av de ekonomiska förutsättningarna och en preliminär budget vid septembermötet. Detta följs upp i oktober, och det slutliga beslutet om detaljbudgeten fattas i november. Denna process omfattar således tre behandlingstillfällen, två informationsmöten och ett beslutsmöte. För att ytterligare stärka budgetberedningen hålls dessutom extra presidiummöten. Under hösten genomfördes tre sådana möten där presidiet tillsammans med primärvårdsdirektören och ekonomichefen diskuterade budgetens sammansättning och möjliga neddragningar. Styrelsens engagemang säkerställs genom att presidiet aktivt deltar i dessa diskussioner.

Ekonomistyrningen inom Närhälsan är decentraliserad, där varje vårdcentral och rehabmottagning fungerar som en självständig resultatenheter med ansvar för sina egna intäkter och kostnader. Befogenheter har delegerats till enheterna för att hantera sina ekonomiska medel, vilket skiljer sig från andra förvaltningar där vissa kostnader och intäkter hålls kvar på en högre förvaltningsnivå. Ansvaret för ekonomistyrningen delas mellan vårdcentralchefer och områdeschefer, som arbetar nära tillsammans med utsedda controllers. Regelbundna möten inför budgetplaneringen och prognosmötena säkerställer att verksamhetscheferna är aktivt involverade i budgetarbetet.

Trots att anvisningarna från Koncernkontoret anses otillräckliga när det gäller kostnads- och intäktsbedömningar, finns det interna detaljerade anvisningar som fungerar som formella dokument för ekonomistyrningen.

Dessa riktlinjer ger tydliga instruktioner för hur ekonomistyrningen ska genomföras. Ekonomichefen anser dock att tidplanen för detaljbudgetarbetet 2024, som upprättats av Koncernkontoret, är svår att följa. Planen anger att beslut inte behöver fattas i operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN) förrän i oktober, men att utförarnas styrelser ändå ska fatta beslut i november. För att möjliggöra detta krävs att facklig samverkan genomförs och material skickas till styrelsen en vecka innan mötet. Om förutsättningarna inte erhålls förrän i oktober, lämnas i praktiken bara en till två veckor för att slutföra budgetarbetet, vilket är en snäv tidsram jämfört med föregående år, då förutsättningarna mottogs redan i slutet av september.

Olika uppfattningar råder mellan styrelsen och Koncernkontoret om hur uppräknings- och vårdvalsersättningarna påverkar utvecklingen i procent. Styrelsen har dock genomfört egna beräkningar och simuleringar för att säkerställa att rätt underlag tas fram.

I styrelsens detaljbudget för 2024 framgår att en budget med underskott på minus 80 miljoner kronor har antagits. Detta beslut baserades på att eget kapital skulle kunna täcka underskottet. Ägaren informerades om planen att lägga fram en underskottsbudget, och godkännande erhöles. Kostnaderna bedömdes som engångskaraktär, och styrningen har anpassats för att hålla sig inom den fastställda budgetramen.

2. Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?

Prognosarbetet är strukturerat och detaljerat. Varje enhet inom förvaltningen upprättar prognoser under mars, maj, september och november, med chefer och controllers ansvariga för enhetsprognoserna. Utöver detta görs en totalprognos varje månad baserad på förvaltningens samtliga intäkter och kostnader, vilket möjliggör noggrann jämförelse och överensstämmelse. För att samordna dessa prognoser hålls månatliga prognosmöten på ekonomiavdelningen, med deltagande av economichefen och två controllers.

Vid varje styrelsemöte presenteras den ekonomiska situationen och en uppdaterad prognos via en ekonomisk rapport, bestående av månadsrapporten och ett PowerPoint-bildspel. Detta bildspel skickas ut till styrelsen i anslutning till mötet för att säkerställa att alla medlemmar har tillgång till den senaste informationen. Rutinen att ge styrelsen uppdaterade prognoser varje månad har varit etablerad i flera år inom Närhälsan.

I Närhälsans delårsrapport för april 2024 framgår att vårdcentralerna redovisar ett resultat på minus 20 miljoner kronor, vilket är en förbättring med 54,6 miljoner kronor jämfört med budgeten och 16,4 miljoner kronor bättre än samma period 2023. Prognosen för helåret 2024 är ett resultat på minus 80 miljoner kronor. Inom rehab redovisas ett resultat på plus 1,8 miljoner kronor för april 2024, vilket är 4,9 miljoner kronor bättre än budgeten men 2,4 miljoner kronor sämre än april 2023. Prognosen för helåret 2024 är ett nollresultat.

3. Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Styrelsen har säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att uppnå en budget i balans genom löpande ekonomiuppföljning varje månad. På grund av att budgetmålen inte uppnåddes förra året, upprättades en handlingsplan på total nivå för hela förvaltningen. Effekterna av de vidtagna åtgärderna återrapporterades och diskuterades vid varje styrelsemöte. Parallellt med denna övergripande plan skapades specifika handlingsplaner för vårdcentraler med stora underskott, där de med ett prognostiserat underskott på en miljon kronor eller mer var tvungna att använda en särskild mall i Plan & Styr för att vända sin ekonomiska utveckling. Nästan hälften av vårdcentralerna rapporterade ha underskott, och cirka 25–30 vårdcentraler med stora underskott upprättade handlingsplaner tre gånger om året. För 2024 har fokus lagts på att utveckla handlingsplaner för att öka listningen av patienter.

Vid intervju med ekonomichefen framkom att inget formellt underskott rapporteras mot budgeten, men ett negativt resultat uppstår på grund av låg uppräkningsgrad och inflation tillsammans med ökade sociala avgifter, hyror och läkemedelskostnader. Dessa faktorer har resulterat i att kostnaderna har ökat mer än intäkterna. Dessutom förväntas införandet av Millennium till hösten medföra ytterligare kostnader, vilket styrelsen har beaktat genom att godkänna en budget med underskott. Förlusten av många listade patienter har lett till minskade intäkter. Samtidigt har enheter som förlorat läkare tvingats anlita hyrläkare, vilket ökat kostnaderna. Trots dessa utmaningar brukar budgetmålen ändå nås, då underskott i vissa enheter kompenseras av överskott i andra.

För att hantera underskottet har flera åtgärder vidtagits, bland annat personalneddragningar och minskning av bemanningsföretag, vilket har sänkt antalet nettoårsarbetare till nivåer från 2019¹. Närhälsan har inte fått

¹ Av styrelsens årsredovisning framgår att personalomsättningen har minskat, sannolikt till följd av ekonomiska restriktioner och minskade nyanställningar.

samma kompensation för ökade pensionskostnader och sociala avgifter som sjukhusen. Hyrorna har också ökat kraftigt eftersom endast fem procent av lokalerna är regionägda. Inflationen har därmed haft en betydande påverkan på kostnaderna.

Styrelsen har agerat för att balansera ekonomin baserat på den löpande informationen från uppföljningar. Detta inkluderar krav på neddragningar och utveckling av handlingsplaner för att motverka tappet av listade patienter, vilket var en av de viktigaste frågorna under det senaste året. En ny handlingsplan för att öka antalet listade patienter har nu upprättats och är styrelsens fokusområde framöver. Av handlingsplanen framgår att Närhälsan står inför flera utmaningar som bidrar till ett tapp i listningen, särskilt när konkurrensen ökar med nya aktörer i regionen. Tre huvudsakliga områden som kräver intensifierat arbete är tillgänglighet, bemötande samt kontinuitet och koordinering inom organisationen. Arbetet med listning enligt denna handlingsplan följs upp löpande genom återrapportering under punkten för ekonomisk uppföljning vid styrelsens möten.

Av protokollsanteckningen från Central samverkansgrupp för Närhälsan 10 juni 2024 gällande handlingsplan för listning framgår att Saco (Sveriges akademikers centralorganisation) är positiva till att Närhälsan fokuserar på att öka och behålla listade patienter, men kritiserar den föreslagna handlingsplanen för att inte tillräckligt adressera det grundläggande problemet, att ge vård när patienter söker den. De påpekar att åtgärder som hemsidor och kontaktvägar är sekundära och att planen misslyckas om den inte fokuserar på att attrahera och behålla kompetent personal, förbättra arbetsmiljön och säkerställa vård. Saco anser att många av de föreslagna åtgärderna redan har testats utan framgång och ställer sig därför oeniga med handlingsplanen.

För att säkerställa en effektiv uppföljning genomförs så kallade controllingrundor två gånger per år, där primärvårdsdirektören, ekonomichefen och HR-representanter träffar varje områdeschef för genomgång av ekonomi och verksamhet. Dessutom har det införts månatliga pulsmöten som komplement, där ekonomin granskas och åtgärder för att uppnå budgetmålen diskuteras. Detta arbetssätt har visat sig effektivt för att upprätthålla en kontinuerlig dialog med verksamhetscheferna.

Personalvolymen uppgick till 4 076 nettoårsarbetare i december 2024, vilket innebär en minskning med 141 nettoårsarbetare.

Förvaltningen upplever att regionstyrelsen däremot inte har vidtagit några åtgärder utifrån sin uppsiktsplikt och vid befarat ekonomiskt underskott för styrelsen. Det upplevs finnas ett lågt intresse från regionstyrelsens sida, sannolikt på grund av att sjukhusens stora underskott har upptagit deras fokus. Dessutom upplever förvaltningsledningen att de inte får något stöd från Koncernkontoret i arbetet med att utveckla och stärka ekonomistyrningen, då Koncernkontorets fokus upplevs ligga på sjukhusen.

Bedömning

1. Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?

Ja, styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning genom att implementera en strukturerad process som inkluderar tre möten under hösten där budgeten diskuteras och fastställs. Denna process förstärks ytterligare genom extra presidiummöten där specifika frågor som budgetens sammansättning och potentiella neddragningar tas upp. Av riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024 framgår det att budgetarbetet är ett gemensamt ansvar mellan chefer och controllers, där chefen har huvudansvaret för budgeten, men där controllers aktivt bidrar med synpunkter och förslag på förändringar. Dessutom är både vårdcentralschefer och områdeschefer involverade i ekonomistyrningen tillsammans med controllers, och regelbundna möten hålls inför budgetplaneringen. Närhälsans långtgående decentralisering av budgetansvaret understryker också varje enhets ansvar för att hantera sina ekonomiska medel på ett ändamålsenligt sätt.

2. Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?

Ja, styrelsen har implementerat ett ändamålsenligt prognosarbete genom en strukturerad och regelbunden process. Prognoser görs både på enhetsnivå och totalt för hela förvaltningen, med månatliga möten för att säkerställa samordning och överensstämmelse. Informationen kommuniceras till styrelsen vid varje möte, och detaljerade underlag används för att ge en grundlig budgetuppföljning. Detta systematiska tillvägagångssätt säkerställer att styrelsen har en kontinuerlig och uppdaterad bild av den ekonomiska situationen.

3. Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Ja, styrelsen har säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att uppnå en budget i balans genom att införa regelbundna månatliga ekonomiuppföljningar och åtgärdsplaner. Enligt rutin för nämnders och styrelsers rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024 framgår att det ska tydligt framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans samt en värdering av de olika åtgärder som styrelsen/nämnden har beslutat om. Trots detta rapporteras ett negativt resultat på grund av faktorer som låg uppräkningsgrad, inflation, ökade sociala avgifter och hyreskostnader. Specifika åtgärdsplaner har upprättats för vårdcentraler med stora underskott, och ett fokus för 2024 var att öka patientlistningen.

Av styrelsens reglemente framgår att de inom sitt verksamhetsområde ska anpassa sin verksamhet för att bidra till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen. Styrelsen har tagit en handlingsplan för att öka antal listade patienter och vidtagit åtgärder för att minska kostnaderna för att nå ekonomi i balans. En ny handlingsplan har upprättats för att öka listningen inom Närhälsan, där styrelsen fokuserar på att förbättra tillgänglighet, bemötande samt kontinuitet och koordinering. Handlingsplanens framsteg följs upp vid styrelsens möten. Förvaltningen upplever att man får ett begränsat stöd från Koncernkontoret.

Sammanfattande bedömning och slutsats

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelsen säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning. Revisionen bedömer att styrelsen har implementerat ändamålsenliga processer för budgetberedning, prognosarbete, och uppföljning. Detta inkluderar en strukturerad och regelbunden process för prognoser och månatlig uppföljning av ekonomin, vilket säkerställer att styrelsen har en kontinuerlig och uppdaterad bild av den ekonomiska situationen. Granskningen visar att styrelsen har upprättat en ny handlingsplan för att öka antal listade patienter, vilket nu är ett prioriterat fokusområde framöver. Revisionen kommer fortsatt att följa styrelsens arbete med handlingsplanen för ökad listning.

Rekommendationer

Ingen rekommendation lämnas.

Referenser

1. Delårsrapport april 2024 Närhälsan, Diarienummer: PVV 2024–00854
2. Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026, Diarienummer: PVV 2023–01854
3. Ekonomisk rapport per februari, Diarienummer PVV 2024–00553
4. Handlingsplan för ökad listning, Närhälsan VGR.
5. Kommunallagen (2017:725)
6. Plan för intern kontroll 2024 Närhälsan
7. Protokoll från styrelsen för Närhälsan, 2024-06-19, Diarienummer PVV 2024–01056
8. Reglemente för styrelsen för Närhälsan, Diarienummer: RS 2023–01583
9. Riktlinje för god ekonomisk hushållning och tillämpning av resultatutjämningsreserv i Västra Götalandsregionen, Diarienummer: RS 2019–06176
10. Riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024
11. Riktlinjer för detaljbudgetarbetet 2024, 2025 och 2026
12. Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024.
13. Saco- VG, Protokollsanteckning Central samverkansgrupp för Närhälsan 2024-06-10 gällande handlingsplan för listning
14. Västra Götalandsregionens budget 2024 samt plan för ekonomi 2025–2026
15. Årsredovisning 2023 Närhälsan, Diarienummer: PVV 2024–00064
16. Årsredovisning 2024 Närhälsan, Diarienummer: PVV 2025–00012

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00064

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för regionens tåg och spårvagnar

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för regionens tåg och spårvagnar

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för regionens tåg och spårvagnar
– granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00064

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand och Vilma Lisboa Skarp

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Per Waborg

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Granskning av räkenskaper	6
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	7
Revisionens uppdrag	8

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- granskning av räkenskaper
- uppföljning.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 Rekommendationer

Inga rekommendationer lämnades under 2024, eller kvarstår från tidigare år.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsordreglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

3.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

4. Uppföljning av tidigare 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.

4.1 Uppföljning av granskning intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskade intern kontroll i redovisningsrutiner 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att avtal för driftsatta spårvagnar upprättas

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning.

Uppföljningen visar att avtal har upprättats mellan Västra Götalandsregionen och Västtrafik AB avseende nyttjande av spårvagnsfordon, och att avtalet reglerar ersättning mellan parterna för bolagets användning av spårvagnarna.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00057

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Regionhälsan

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionssed 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Regionhälsan

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Regionhälsan – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00057

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson, Peder Welin och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Maria Gabrielsson Fredrikson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Gun Alexandersson Malm

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	6
3. Fördjupad granskning	7
4. Granskning av räkenskaper	11
5. Bilagor	12
Revisionens uppdrag	35
Bilaga 5.1 Granskning av digitala vårdmöten	
Bilaga 5.2 Granskning av ekonomistyrning	

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning
 - digitala vårdmöten
 - ekonomistyrning
 - produktionspåverkan vid införandet av Millennium
- granskning av räkenskaper.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Revisionen bedömer utifrån den fördjupade granskningen av digitala vårdkontakter att detta har implementerats och fungerar ändamålsenligt utifrån verksamheternas behov. Regionhälsan bör fastställa mål på kort och lång sikt och verksamheten bör fortsätta samarbeta med regionen i utveckling av teknik och användarvänlighet men också avseende kvalitet och säkerhet.

Revisionen har utifrån fördjupad granskning av ekonomistyrningen bedömt att styrelsen har en effektiv budgetberedning och prognosarbete genom systematiska processer och tidig dialog vid ekonomiska utmaningar. Det finns en tydlig ansvarsfördelning inom ekonomistyrningen. Prognosarbetet genomförs med detaljerad rapportering, men fortsatt fokus behövs för att förbättra träffsäkerheten. Granskningen visar att uppföljning och kontroll av ekonomin sker kontinuerligt. Styrelsens åtgärder visar på en positiv inverkan, men ytterligare insatser krävs för att säkra långsiktig balans i budgeten.

I fördjupad granskning av styrelsen vid införandet av program Millennium är vår sammanfattande bedömning att styrelsen har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Vidare bedömer revisionen att styrelsen för Regionhälsan delvis har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan.

1.1 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
<p>Granskning av Program Millennium</p> <p>Inget svar</p>	<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> <p>(Ingen uppföljning 2024)</p>
<p>Granskning av Program Millennium</p> <p>Svar 31 mars</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla riskanalysarbetet vad gäller patientsäkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium (2024).</p> <p>(Ingen uppföljning 2024)</p>
<p>Granskning av samordnade insatser för barn och unga</p> <p>Inget svar</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>(Ingen uppföljning 2024)</p>

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering. Revisionen har även fördjupat granskat ekonomistyrningen vilket redovisas nedan under 3.2 och i bilaga 2.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Granskning av digitala vårdmöten

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten och bifogas i sin helhet, se 5.1, bilaga 1.

Syftet med granskningen var att bedöma om digitala vårdmöten har implementerats och fungerar ändamålsenligt inom regionhälsans olika verksamheter. Granskningen har utgått från följande revisionsfrågor:

- Har tjänsten implementerats och används i alla Regionhälsans verksamheter?
- Har tjänsten varit tillämplig för patienter enligt det utbud som verksamheterna erbjuder?
- Har tjänsten givit önskade effekter för verksamheterna och patienterna?

Granskningen har genomförts med stöd av de interna styrande dokument som allmänt behandlar införandet av digitala tjänster. Intervjuer har genomförts med två intervjupersoner från respektive regionområde ungdomsmottagningar, hälso- och specialistvård för barn och unga, barnmorskemottagningar och expertenheter. Följande revisionskriterier har använts i granskningen:

- Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården (SSN 2023–00364)
- Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan, beslutad i operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 27 september 2023 (OSN 2023–01965)
- Detaljbudget 2024 Regionhälsan (RHS 2023–01201).

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att digitala vårdkontakter har implementerats och fungerar ändamålsenligt utifrån verksamheternas behov. Regionhälsan bör fastställa mål på kort och lång sikt. Verksamheten bör fortsätta samarbeta med regionen i utveckling av teknik och användarvänlighet men också avseende kvalitet och säkerhet.

Revisionen lämnar inga rekommendationer.

3.2 Granskning av ekonomistyrning

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten och bifogas i sin helhet, se 5.2, bilaga 2.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning.

Granskningen har utgått från följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?
- Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?
- Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Granskningen är avgränsad till styrelsen för Regionhälsan. Den har genomförts genom dokumentstudier och med en intervju med ekonomichef inom styrelsen för Regionhälsan. Följande revisionskriterier har använts i granskningen:

- Reglemente för styrelsen för Regionhälsan (RS 2023-01583)
- Riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024
- Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024. Version: 2024:05. (RS 2023-02473)

Revisionen bedömer att styrelsen har genomfört en effektiv budgetberedning och prognosarbete genom systematiska processer och tidig dialog vid ekonomiska utmaningar. Granskningen visar att uppföljning och kontroll av ekonomin sker kontinuerligt, vilket har förbättrat resultaten i vissa områden, även om utmaningar kvarstår. Vår sammanfattande bedömning är att styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning.

Revisionen lämnar inga rekommendationer.

3.3 Produktionspåverkan vid införandet av program Millennium

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i oktober 2024. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om ansvariga styrelser och nämnd har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Granskningen syftade även till att bedöma om ansvariga styrelser har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Vi bedömer att styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, har säkerställt detta.

Vidare bedömer revisionen att regionstyrelsen, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus inte har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan. Vi bedömer att styrelsen för Regionhälsan delvis har säkerställt detta.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Regionhälsan att

- utveckla riskanalysarbetet vad gäller patientsäkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsred reglar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

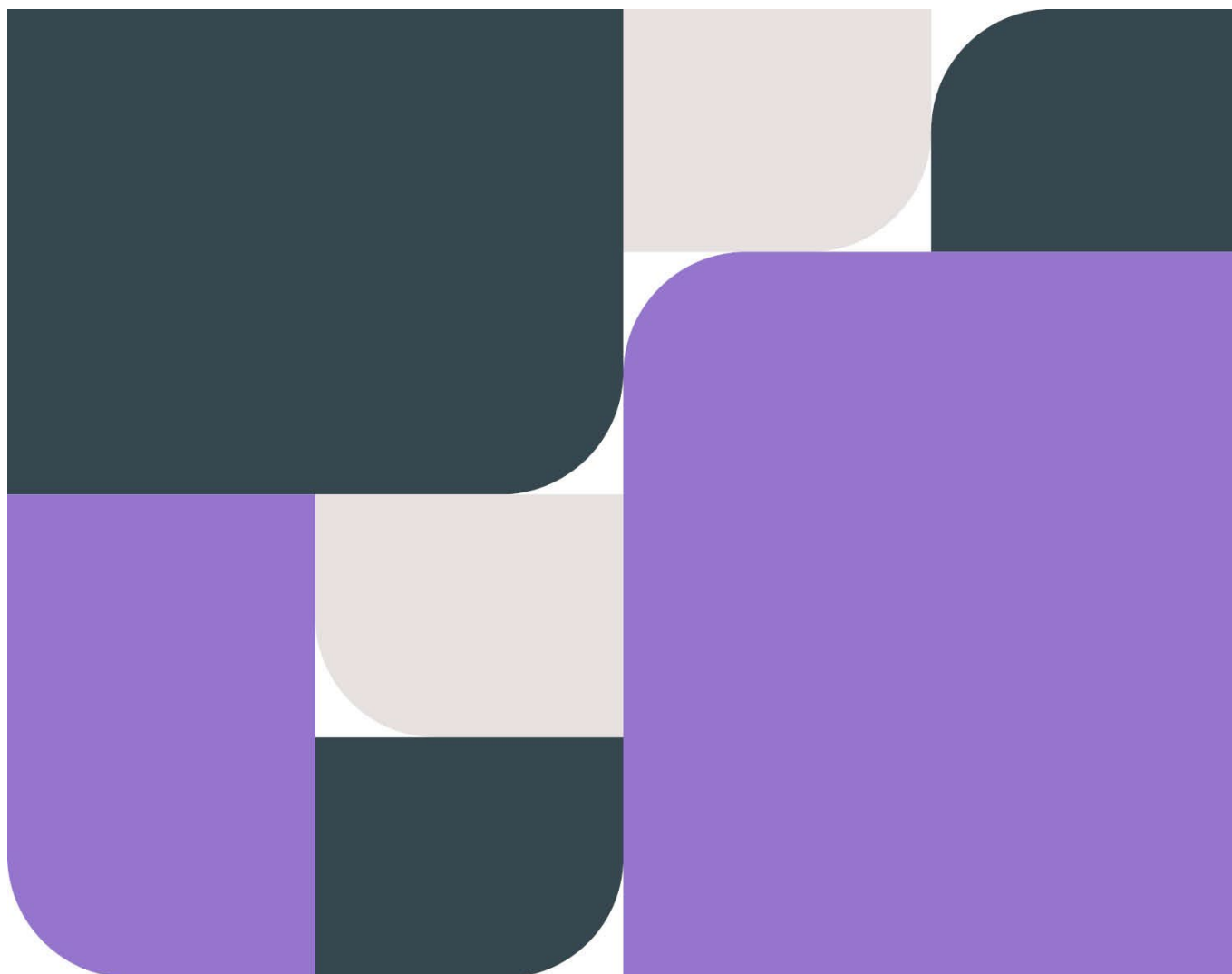
Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen för Regionhälsan har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Bilagor

5.1 Bilaga 1: Granskning av digitala vårdmöten



Granskning av digitala vårdmöten

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

Enligt policy digitalisering i Västra Götalandsregionen (RS 2020–01720) har varje verksamhetsledning ansvar för att driva förändringar som både möjliggör digitalisering och är nödvändiga för att realisera digitaliseringens effekter i verksamheten. Digitaliseringen ska ge regionen bättre förutsättningar att uppfylla uppdragen och nå målen med verksamheten.

Revisionsenheten har tidigare granskat användningen av digitala vårdmöten inom Närhälsan vårdcentral och rehab samt Närhälsan Online. Dessa verksamheter är geografiskt spridda men har likartade uppdrag. Granskningarna har visat att de digitala alternativen i många fall behövs men också att det uppstår svårigheter och tekniska problem. Inom Regionhälsan är det en mer differentierad verksamhet samtidigt som den är uppspridd i hela regionen på liknande sätt som för Närhälsan.

Regionhälsans detaljbudget visar tydligt fokus mot digitala arbetssätt i allmänhet men också behovet av att ha digitala vårdkontakter när det går, något som ligger i linje med regionens intentioner. Program Millennium ska under 2024 börja implementeras i de södra delarna men sedan 2023 används Vård och hälsa som primärt system vid digitala vårdkontakter. Granskningen genomförs utifrån risken att införandet av Vård och hälsa inte ger önskade resultat för patienter och verksamhet.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om digitala vårdmöten har implementerats och fungerar ändamålsenligt inom Regionhälsans olika verksamheter.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Har tjänsten implementerats och används i alla Regionhälsans verksamheter?
- Har tjänsten varit tillämplig för patienter enligt det utbud som verksamheterna erbjuder?
- Har tjänsten givit önskade effekter för verksamheterna och patienterna?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier kommer att användas i granskningen:

- Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården (SSN 2023–00364)
- Uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan, beslutad i operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 27 september 2023 (OSN 2023–01965)
- Detaljbudget 2024 Regionhälsan (RHS 2023–01201).

Metod

Granskningen genomförs med stöd av de interna styrande dokument som allmänt behandlar införandet av digitala tjänster. Inledningsvis genomförs intervju med central tjänsteperson med kunskap om implementeringen och därefter med verksamhetschefer som har personal som använder tjänsten. Det har varit två intervjupersoner från respektive regionområde:

- Ungdomsmottagningar
- Hälso- och specialistvård för barn och unga
- Barnmorskemottagningar
- Experterheter.

Granskningens resultat

Regionhälsan har under flera år arbetat med digitala vårdmöten och i full skala inom bland annat Hälsocoach online, Primärvårdens dietistenheter och Ungdomsmottagningen online. Under 2023 gjordes en övergång av digital plattform till Vård och hälsa i hela Västra Götalandsregionen. En förändring som inledningsvis innebar stora tekniska problem. Arbetsätten är under utveckling och det finns särskilda onlinemottagningar samtidigt som fler verksamheter öppnar upp möjligheten att boka digitala vårdmöten med respektive mottagning och på så sätt ersätta ett fysiskt besök.

Implementering och användning

Västra Götalandsregionen har fastställt en Strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen 2023–2027 som förtydligas ytterligare i Genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården. Ett av de prioriterade delområdena är digitala vårdformer och tjänster vilka båda ingår i digitalisering och nära vård.

Av Regionhälsans uppdrag för 2024 framgår att ”Digitalisering är sannolikt den viktigaste möjliggöraren för hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård. Med hjälp av digitaliseringen kan hälso- och sjukvården både arbeta mer preventivt och möta ett ökat vårdbehov utan att kostnaderna ökar i motsvarande grad.”

I Regionhälsans detaljbudget för 2024 är det fokus på utveckling av digitala vårdtjänster varav digitala vårdmöten är en. Det finns också ett mantra som upprepas; ”Digitala vårdkontakter när det går och fysiskt när det behövs.” Denna fras har samtliga intervjuade återgett. För att tydligare beskriva var uppdraget att arbeta med digitala vårdmöten kommer ifrån gör de intervjuade flera hänvisningar till regionens styrande nämnder inom hälso- och sjukvård och deras beslutade styrdokument. Exempelvis lyfts strategiska hälso- och sjukvårdsnämndens (SSN) genomförandeplan för omställningen samt operativa hälso- och sjukvårdsnämndens (OSN) uppdrag. Men det hänvisas också till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), uttalanden från ledande politiker i regionen samt regiondirektören. Ett fåtal intervjuade nämner även specifik styrning från Regionhälsan eller koppling till Regionhälsans detaljbudget.

Regionhälsan har inte beslutat om någon målnivå för andelen digitala vårdmöten, det framgår inte heller något sådant av detaljbudgeten.

Däremot finns det tre indikatorer i uppdraget från OSN som ska följas upp, bland annat är målvärdet för andelen digitala vårdmöten 10 procent. Fram till och med maj 2024 är uppnådd nivå 6,5 procent. Svårigheten för en så differentierad verksamhet som Regionhälsan är att det måste brytas ner för att bli relevant. Ett urval av intervjuade verksamheter redovisar enligt följande:

- Hälsocoach online och Primärvårdens dietistenhet är onlineverksamheter med mycket hög andel distansbesök i form av digitala vårdmöten, telefon och chatt via 1177.
- Ungdomsmottagningen Online som är helt digital och som bemannas av särskilt utsedd personal som arbetar minst 40 procent digitalt. De ordinarie mottagningarna säger sig erbjuda digitala vårdbesök då det är möjligt men endast ett fåtal ungdomar väljer det alternativet.
- Inom specialistmottagningar för barn och unga är ungefär var fjärde vårdmöte digitalt eller telefon och knappt hälften av dessa är via Vård och hälsa.
- För barnmorskebesök finns en onlinemottagning som lägger ut bokningsbara tider och som bemannas av de ordinarie mottagningarna. För förstabetesök nämns ett eget mål om 90 procent digitala vårdmöten, men att flera av de andra besöken kräver en

fysisk kontakt, bland annat för att genomföra fysiska undersökningar. Därtill finns preventivmedelsrådgivningen som är digital och endast har fysiska besök när det är absolut nödvändigt.

Ytterligare två uppföljningspunkter framgår av uppdraget. Den första avser att andelen digitala vårdinbjudningar ska uppgå till minst 90 procent vilket följs upp i delårsbokslutet per augusti. Den andra handlar om andelen digitala kontakter på ungdomsmottagningarna, det ska följas upp per helår men i uppdraget saknas målvärde.

Vårdkontakter Regionhälsan*

	Ack 2024-05	Andel
Fysiskt besök	202 230	58,2%
Digitalt vårdmöte (Ljud och bild)	22 665	6,5%
Distanskontakt som ersätter besök**	22 870	6,6%
Övrigt, bl a telefon	99 755	28,7%
	347 520	

* Siffrorna hämtas från olika system men ger en bild av antal vårdkontakter och dess fördelning.

** Registreringsrutiner: Kontakttyp: Distanskontakt via telefon som ersätter besök (TB)

Digitala vårdmöten per regionområde*

	Ack 2024-05	Andel**
Barnmorskemottagning	14 231	58%
Ungdomsmottagningar	4 750	19%
Expertenheter	3 528	14%
Barn och ungdomshälsovård	1 957	8%
	24 466	

* Siffrorna hämtas från olika system men ger en bild av antal vårdkontakter och dess fördelning.

Därav stämmer inte det totala antalet med bilden ovan "Digitalt vårdmöte".

** Andel digitala vårdmöten av Regionhälsans totala andel digitala vårdmöten.

Av totalt antal besök står barnmorskemottagning och gyn för 40 procent men tar samtidigt 58 procent av de digitala vårdbesöken.

Barnmorskemottagningen införde digitalt första besök som standard under hösten 2023 och har ökat antalet digitala besök per månad från cirka 1 000 till 3 000. Även ungdomsmottagningarnas digitala besök har ökat under 2024 men verksamheten har varit etablerad sedan tidigare. Inom expertenheterna görs de flesta digitala besöken inom de etablerade onlineverksamheterna dietistenheten och hälsocoach online som håller sin produktionsnivå. Inom barn och ungdomshälsovården är det flera olika verksamheter men här har det blivit en stabil nivå på cirka 400 digitala besök per månad.

En notering från intervjuerna med ungdomsmottagningarna är att ungdomar som valt att kontakta en fysisk mottagning i mycket låg grad är intresserade av att i stället ha ett digitalt vårdmöte, trots att det erbjuds. Ungdomarnas tekniska kunnande bedöms vara på en generellt hög nivå

men det kan vara flera orsaker till att de väljer bort det digitala. Exempelvis för att få komma hemifrån och ostört få prata med någon annan vuxen eller att de har något fysiskt besvär som de vill visa. Ett annat problem som kan påverka möjligheten att ge jämlik vård är att det krävs inloggning via digitalt id. När ungdomen fyller 13 år övertar de ansvaret för sin hälso- och sjukvård och kan inte längre få hjälp av en vårdnadshavare. Alla har inte prioriterat att skaffa bank-id eller Freja+, de har inte fått hjälp med att skaffa det och de behöver godkännande av båda föräldrar för att få Freja+ eller bank-id. Samma krav gäller för chattmeddelanden via 1177 medan kravet inte finns för telefon.

För att få till en så genomgripande förändring som att markant öka andelen digitala vårdmöten krävs en politisk styrning men också att chefer i olika led trycker på och möjliggör övergången. Av styrdokumentet framgår att en omställning till digitala tjänster ska göras och är nödvändig. Av intervjuer framhålls att engagemanget hos förvaltningschefen har ett betydande signalvärde. Praktiskt sett är det personalen som i kontakten med patienten ska driva förändringen. De intervjuade menar att engagemanget är stort men att det finns medarbetare som inte tycker att det blir samma kvalitet och att kontakten med patienten blir sämre.

De praktiska förutsättningar uppges vara på plats då personalen fått utbildning i Vård och hälsa när det infördes 2023 och de har datorer med kamera. För personal som mestadels arbetar digitalt kan det krävas lokaler som är särskilt utformade för ändamålet samt utrustning som ger en tillfredsställande arbetsmiljö. Det kan även vara så att personalen behöver tid för att röra sig fysiskt mellan möten då det inte finns sådana naturliga inslag i digitala möten.

Användbarhet för patienter

Verksamheten är anslagsfinansierad så val av besökstyp har ingen betydelse för vilka arbetsätt som väljs utan det handlar främst om kvalitet och effektivitet. Det positiva är att vården kan styras av vårdpersonalens och patientens behov. Nackdelen är att det är svårt att få till incitament för att ha fler digitala vårdmöten om det inte ger ekonomiska vinster.

Telefon används för att göra kortare avstämningar med patienter och så tror intervjuade att det kommer ske även fortsättningsvis. Telefon kräver inte identifiering och om det är en känd patient är risken för fel begränsad. Många patienter eller dess vårdnadshavare har möjlighet besvara obokade telefonsamtal under dagtid. Ibland kan vårdpersonalen ha meddelat att de kommer ringa inom ett tidsspänn under en bestämd dag. Det medför att vårdpersonalen kan nyttja frigjord tid mellan möten på ett effektivt sätt. Att ersätta den typ av vårdkontakter som idag genomförs med telefonsamtal,

med digitala vårdmöten är inte troligt då det krävs mer administration och avsatt tid. I intervjuer med specialistverksamheter för barn och unga anges att det är för omständligt. Samma intervjupersoner menar också att när fysiska besök övergår i digitala är det svårare att få en helhetsbild av barnet och sidoinformation kan gå förlorad.

Ett antal av de intervjuade verksamheterna arbetade aktivt med digitala vårdbesök redan före pandemin men den påskyndade övergången och i vissa fall övergång till helt onlinebaserad verksamhet. Primärvården hade i olika kanaler arbetat in det tidigare systemet för digitala vårdmöten och det fungerade bra. I samband med den kommande övergången till det nya journalsystemet Millennium krävdes även byte av system för digitala vårdmöten till Platform24, vilket i regionen kallas "Vård och hälsa". Många användare tyckte att funktionaliteten blev kraftigt försämrade vilket även påverkat upplevelsen för patienten. Det handlade om:

- tekniska störningar med dålig ljud- och bildkvalitet som medförde att deltagare "åkte ur" eller tvingades avbryta möten.
- försämrade användarvänlighet som dock blivit ett övergående problem i takt med att systemet utvecklas och användarna lär sig funktionaliteten.
- bokning av möten måste i många verksamheter göras av personalen då det inte finns någon fungerande kalender i Vård och hälsa. De verksamheter som idag lägger ut tider för bokning måste manuellt lägga in bokningen i AsynjaVisph. Barnmorskorna använder systemet Obstretrix och lägger ut tider som patienterna själva kan boka.

Vårdpersonal arbetar i ett flertal system som inte kommunicerar med varandra vilket tar mycket tid och energi. Systemen är generellt utformade så att det är svårt att få till flödena under patientbesök. Ur patienternas perspektiv öppnas hela tiden nya kontaktvägar, fler alternativ att kommunicera och nya innovativa möjligheter att få vård. Några intervjuade menar att utvecklingen är positiv men att det ställer höga krav både på vårdpersonalen och på patienterna, där många inte har förmågan hantera alla alternativ. Vissa verksamheter har lyft svårigheten med att lägga ut bokningsbara tider då det krävs handpåläggning för att registrera bokningen i journalsystemet. Generellt bedömer de intervjuade att det finns tillräckligt utbud av digitala tider som möter efterfrågan.

Effekter för patienter och verksamhet

Nackdelar med digitala vårdmöten

Övergången till Vård och hälsa innebar en direkt försämrad funktionalitet med stora tekniska brister. Möten som fick avbrytas kunde i många fall återupptas med telefon men alla ärenden har inte kunnat lösas vilket krävt ny bokning. Regionhälsans verksamhet är inte konkurrensutsatt så de riskerar inte att förlora kunder på samma sätt som Närhälsan, men bristerna har medfört att det varit svårt att få patienter att boka digitalt. Noterade brister ligger inom systemet och leverantören har löpande arbetat med att åtgärda dem sedan införandet.¹ Intervjuerna har genomförts under våren 2024 och många tog upp uppdateringen med en ny videomotor för digitala vårdmöten som infördes efter påsk 2024 och som gav stabilare möten.

Vård och hälsa ger möjlighet till fler deltagare i ett digitalt möte men det har varit svårt att veta hur dessa ska kunna legitimera sig, något som inte är löst. Ett liknande problem är att veta om fler personer befinner sig i rummet vid ett digitalt vårdmöte. Något som kan vara riskfyllt och som kan påverka vad vårdpersonalen kan säga. Samtidigt kan ett digitalt besök vara den enda möjligheten att överhuvudtaget få träffa vissa personer.

Många verksamheter arbetar med gruppsamtal. Det kan exempelvis vara föräldragrupper eller hälsoinformation som inte berör enskilda personer utan är förmedling av information. Dessa möten är inte möjliga att ha i Vård och hälsa utan genomförs via Teams trots att de egentligen ska genomföras i systemet Pexip (tjänst för säkert videomöte) som uppfyller regionens säkerhetskrav. Flera intervjuade menar att det inte fungerar på ett tillfredställande sätt och väljer Teams då det inte handlar om känslig information. Dock kan det framöver finnas värde av att ha säkra digitala gruppmöten och då bör en användbar lösning finnas.

Fördelar med digitala vårdmöten

Det finns en samhällsnytta som hänger samman med nyttan för patienterna. Färre resor har en positiv påverkan på miljön och minskade kostnader för patienterna. Verksamheter som tidigare besökt patienterna i hemmet eller på en mottagning har minskat sitt resande på arbetstid. Det är också en stor tidsbesparing för patienten som inte behöver lämna skola eller arbete för ett besök. Äldre personer kan ha svårt att lösa tekniken men i de fallen kan det vara tillräckligt att anhöriga tar sig hem till patienten utan att behöva ta dem till en mottagning. För vissa personer kan det vara

¹ Västra Götalandsregionen – Vårdgivarwebben [Uppdateringar och nya funktioner - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

tryggt att stanna kvar i hemmiljön vilket i sin tur kan öka möteskvaliteten. Det går även att genomföra ett digitalt besök vid resa eller sjukdom vilket också effektiviserar vårdens resurser. Under pandemin var det exempelvis barnläkare som var småförkylda och som i stället för att boka ny dag kunde bokade om till ett digitalt besök. Enstaka nämner även att det kan vara enklare att boka in och delta för separerade föräldrar samt tolkar.

Digitala vårdmöten kan jämna ut söktrycket i regionen. Inom vissa verksamheter med gemensamma bokningsbara tider i regionen kan patienter fördelas om till där det finns kapacitet. Om resurserna finns i regionen och det finns bokningsbara tider kan det dessutom vara möjligt att få en digital tid snabbare och undvika att patienten söker på en mer avancerad vårdnivå.

Många använder sig av chattfunktionen på 1177.se, förutsättningar finns för att introducera en live-chatt i hela regionhälsan vilket är ytterligare ett sätt att möta patientens behov och använda resurserna effektivt. Vid digitala möten kan formulär som behöver fyllas i skickas ut i förväg så att det är klart när besöket påbörjas.

Förbättringsmöjligheter

Digitala vårdmöten diskuteras på Regionhälsans strategidagar, på ledningsgrupper och arbetsplatsträffar. Det finns ett tryck på att öka andelen och intervjuade tror att trycket kommer att öka, framför allt för de verksamheter som halkat efter. Tänket kring digitala vårdmöten har stärkts samtidigt som det behöver finnas fungerande teknik och support då detta är ett annat sätt att arbeta. Att satsa digitalt innebär prioriteringar och Regionhälsan behöver bevaka att alla ges jämlik tillgång till vård. Personalen är till stora delar positiv men för övriga behöver syfte med digitala arbetssätt förtydligas men också visa på vilka möjligheter som uppstår. För barnmorskorna har ett stort steg varit att införa digitalt första besök. Ytterligare digitala besök kan komma men kontakten med kvinnan och fysiska undersökningar bedöms som viktiga. Flera verksamheter har vidareutvecklat det digitala vårdmötet med enkäter men också bildspel och filmer som visas under besöken, ett utvecklingsarbete som sker i takt med att processen kring digitala vårdmöten utvecklas.

Sammanfattande bedömning

- **Har tjänsten implementerats och används i alla Regionhälsans verksamheter?**

Västra Götalandsregionen har arbetat med omställningen av hälso- och sjukvården under lång tid men det skärptes upp i och med beslutet om

strategi samt genomförandeplan 2023–2027 för omställningen av hälso- och sjukvården. I Regionhälsans detaljbudget 2024 finns frasen ”digitala vårdkontakter när det går och fysiskt när det behövs” vilken bedöms ha satt sig och blivit vägledande i många verksamheter.

Regionhälsan har inget eget mål för andelen digitala vårdbesök men i uppdrag 2024 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan finns en indikator på 10 procent medan mätningarna fram till och med maj 2024 uppvisar 6,5 procent. Det kan vara svårt att sätta ett generellt måltal då verksamheten är differentierad men det bör då i stället för samtliga verksamheter brytas ner på lägre nivå. På regionområdesnivå har många verksamheter genom nya arbetssätt kommit upp på en högre nivå för digitala vårdbesök medan andra har en resa framför sig. Berörd personal har fått utbildning och arbetsredskap för att kunna arbeta digitalt enligt regionhälsans inriktning.

- **Har tjänsten varit tillämplig för patienter enligt det utbud som verksamheterna erbjuder?**

När Vård och hälsa infördes 2023 innebar det initialt kraftigt försämrad funktionalitet och användarvänlighet. Systemet är svårare att använda och en bristande teknisk lösning innebar att många möten fick avbrytas. Det kan ha haft en negativ inverkan på patienternas intresse för digitala vårdmöten men leverantören har kontinuerligt arbetat med förbättringar. Under våren 2024 infördes en ny videomotor och den tekniska kvaliteten har ökat markant. Funktioner som exempelvis gruppmöten och möjligheten att lägga upp digitala vårdbesök som patienten själv kan boka är ännu inte löst i dagens journalsystem.

Ungdomsmottagningarna upplever att det är svårt för ungdomar som fyllt 13 år då de själva behöver hantera sina vårdkontakter. Utan digitalt id kan de inte boka digitala vårdmöten. Detta är inte en fråga för Västra Götalandsregionen utan något att förhålla sig till och som endast kan lösas genom mer information.

Telefonanvändningen är inte en del av granskningen men i intervjuerna är det en vanligt förekommande kontakttyp som ersätter ett fysiskt besök samtidigt som ett digitalt besök sällan är ett alternativ till telefon.

- **Har tjänsten givit önskade effekter för verksamheterna och patienterna?**

Övergången till digitala arbetssätt handlar om att hantera kritiska resurser i framtiden. Att det inte kommer att finnas vare sig pengar eller personal i tillräcklig omfattning i vården totalt sett och att tillgängliga resurser

kommer behöva användas där de behövs mest. En följd av högre andel digitala vårdmöten kan bli minskade lokalytor, färre mottagningar och kortare mötestider för att hinna med fler patienter. Införandet är generellt sätt i inledningen och dessa effektiviseringar har endast genomförts i begränsad skala.

Patientnyttan ligger utanför organisationen men är betydande utifrån patientens tid och trygghet samt samhällets miljö- och kostnadspåverkan. För närvarande är de digitala lösningarna olika sätt för patienten att nå och möta vården men troligtvis kommer detta att stramas åt för att handla mer om resurseffektivitet.

I takt med att vården digitaliseras kan den också ges från andra platser. Personal kan arbeta på distans från en annan mottagning i regionen eller från en annan del av världen. Detta är en effekt av införandet av Millennium som kan komma få effekt på sikt.

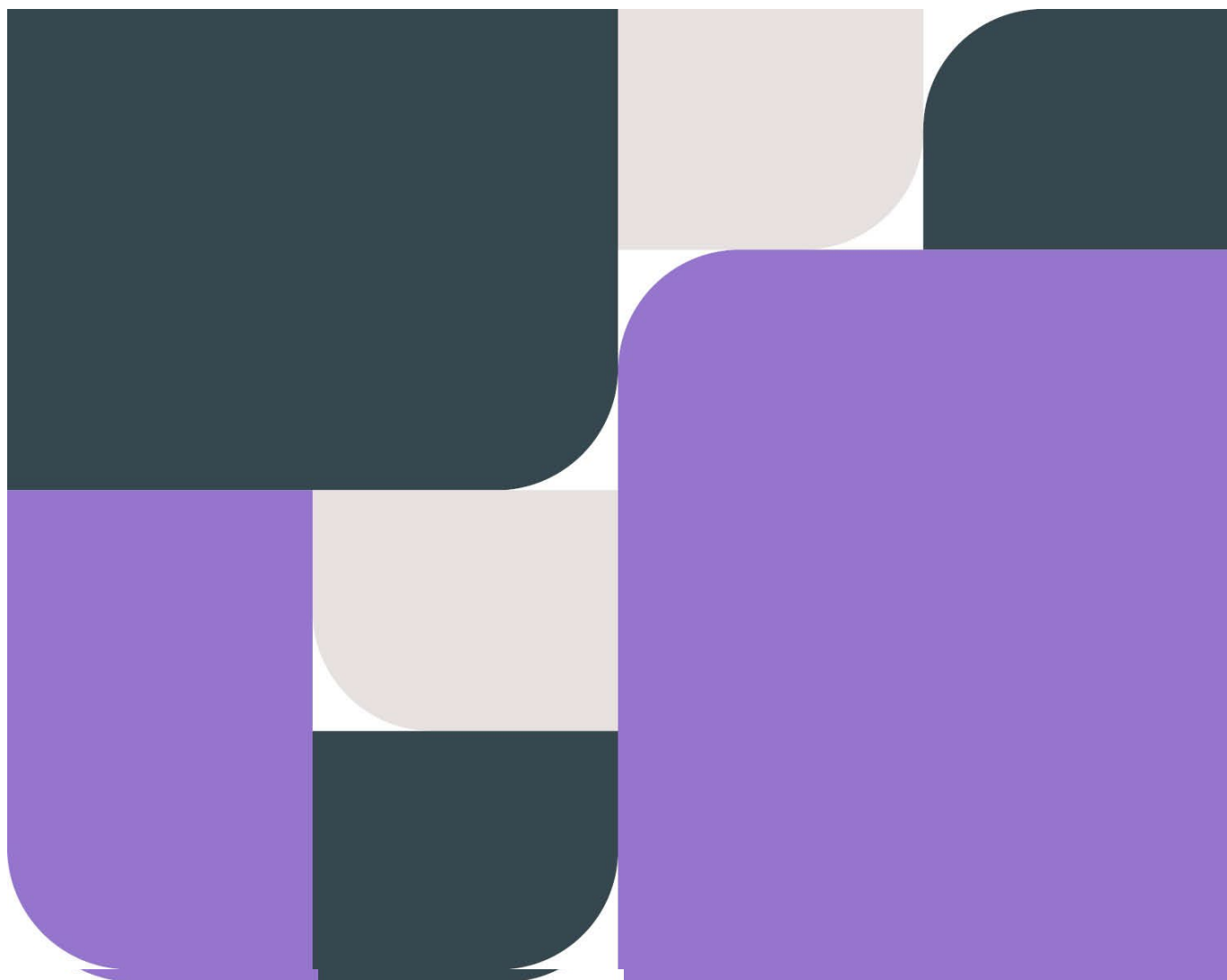
I vissa verksamheter finns ett motstånd mot det digitala baserat på att vårdpersonalen anser att det ger sämre kvalitet i vårdbesöket. Det kan exempelvis handla om barns utveckling, personer med psykisk ohälsa eller kvinnor i utsatta situationer där vårdpersonalen vill se patientens tillstånd fysiskt och psykiskt, något som inte alltid framkommer framför en skärm. Det finns ibland också en osäkerhet om vilka personer som befinner sig i rummet för ett digitalt möte och hur det ska hanteras är inte bestämt.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att digitala vårdkontakter har implementerats och fungerar ändamålsenligt utifrån verksamheternas behov. Regionhälsan bör fastställa mål på kort och lång sikt. Verksamheten bör fortsätta samarbeta med regionen i utveckling av teknik och användarvänlighet men också avseende kvalitet och säkerhet.

Rekommendationer

Revisionen lämnar inga rekommendationer.

5.2 Bilaga 2: Granskning av ekonomistyrning



Granskning av ekonomistyrning

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

Enligt kommunallagen ska verksamheten bedrivas med en ekonomi i balans, det vill säga att intäkter överstiger kostnaderna varje år, för att uppnå en god ekonomisk hushållning. Regionfullmäktige har finansiella mål och regionstyrelsen uppmanar återkommande nämnder och styrelser till att anpassa verksamheten till lagd budget och uppnå en ekonomi i balans. Styrelsen för Regionhälsans reglemente anger att styrelsen inom sitt verksamhetsområde ska anpassa sin verksamhet så att man bidrar till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen.

Styrelsen för Regionhälsan har i sin årsredovisning 2023 redovisat ett resultat på 10,8 miljoner kronor, vilket är 20,6 miljoner kronor bättre än budget och 10,8 miljoner kronor bättre än 2022. Trots förvaltningens positiva resultat 2023 redovisar barn- och ungdomsmedicin, Sjukvårdens Larmcentral och Primärvårdens utbildningsenhet ett negativt resultat för året och har fortsatta ekonomiska utmaningar 2024.

Av styrelsens plan för intern kontroll 2024 framgår bland annat genomförd riskanalys samt vilka kontroller som ska genomföras under året för att hantera identifierade risker. En av styrelsens identifierade risker med högst riskvärde hamnar under området ekonomi.

Av revisionsenhetens genomförda riskanalys för 2024 framgår att ekonomistyrningen inom Regionhälsan är ett av de områden som har högt riskvärde.

Utifrån denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en fördjupad granskning av ekonomistyrningen inom styrelsen för Regionhälsan.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

1. Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?
2. Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?
3. Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier kommer att användas i granskningen:

- Styrelsens ansvar enligt reglemente (RS 2023-01583)
- Riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024
- Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024. Version: 2024:05. (RS 2023-02473).

Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervju har genomförts med ekonomichef.

Granskningens resultat Iakttagelser

1. Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?

Enligt ekonomichefen följer styrelsen en systematisk process där budgeten byggs upp stegvis, från enhetsnivå till regionområdesnivå och vidare till förvaltningsnivå. Prognoserna följer samma metodik. I början av budgetarbetet förs en tidig dialog med förvaltningsledningen, presidiet och styrelsen. Förra året hölls denna dialog redan under tidig höst på grund av ekonomiska utmaningar i ett par av förvaltningens verksamheter, där åtgärder för att hantera situationen diskuterades.

Planeringen utgår från Västra Götalandsregionens budgetanvisningar och riktlinjer, vilka ligger till grund för både budgetarbetet och rutinerna för styrelsens rapportering. Dessa anvisningar, tillsammans med uppföljningsrutiner och regionfullmäktiges budget, bildar grunden för ekonomistyrningen. Koncernledning hälso- och sjukvård har utvecklat en verksamhetsplan/strategikarta, som sedan används för att utforma aktiviteter i verksamhetsplanen och detaljbudgeten, vilket bidrar till att uppnå målen. Långsiktiga strategier har också utvecklats utifrån dessa riktlinjer, och ytterligare aktiviteter har kommunicerats till presidiet och styrelsen.

Under 2023 har flera formella dokument inom ekonomistyrningen uppdaterats och beslutats. Bland dessa finns "Beslutsfattande inom Regionhälsan", som tydliggör olika nivåer inom förvaltningen och specificerar chefernas befogenheter. Dokumentet förtydligar även skillnaden mellan delegering och verkställighetsbeslut samt ansvarsfördelningen på varje nivå. En delegeringsordning har också beslutats för att reglera ansvar och befogenheter, inklusive beloppsgränser för olika chefer inom organisationen. Dessa dokument, tillsammans med regionövergripande anvisningar, har stärkt strukturen och tydligheten i budgetberedningen.

Under 2023 mottog förvaltningen tre initiativärenden från styrelsen som rörde struktur och planering, åtgärder för en balanserad ekonomi samt administration. Dessa ärenden har formellt beslutats, och åtgärdsplaner och rapporter för 2023 har utarbetats. Minskad administration har rapporterats och en dialog har förts med förvaltningen angående strukturplanen, som är under färdigställande inför hantering på presidie- och styrelsemöte.

Förvaltningen har strävat efter att säkerställa en enhetlig tillämpning av regler och har genomfört en workshop för att förbättra prognosernas träffsäkerhet. Förvaltningsledningen har också beslutat om att skapa ett processteam med uppdrag att utveckla och förbättra budgetprocessen, med fokus på att effektivisera och minska administrationen utan att kompromissa med kvaliteten. Detta arbete har ännu inte påbörjats men planeras att starta under våren. Dessutom arbetar förvaltningen för att säkerställa att samma principer tillämpas enhetligt över hela förvaltningen, exempelvis genom att hyreskostnader justeras enligt samma index överallt för att fördela kostnaderna rättvist på lägsta förvaltningsnivå.

Processteamet för detaljbudget består av ekonomicontroller, redovisningscontroller, controller HR, representant från regionområde, systemadministratör Plan & Styr, strateg och kommunikatör. Ansvarsfördelningen inom ekonomistyrningen har diskuterats och klargjorts under styrelsens strategidagar den 16–17 april 2024, där även samarbetet mellan roller och skillnaderna mellan beställarnämnd och utförarstyrelse har behandlats. Diskussioner med koncernkontoret har ytterligare klargjort ansvarsfördelningen i den nya politiska organisationen.

I styrelsens detaljbudget för 2024 och utblick 2025–2026 framgår att budgeterat resultatet för 2024 uppgår till minus 2,9 miljoner kronor. Under 2024 fortsätter förvaltningen att använda de 2023 beviljade men ej fullt utnyttjat eget kapital för finansiering av reflektionsprogrammet om 0,3 miljoner kronor samt finansiering av program Millenium om 2,6 miljoner

kronor, vilket medför att det budgeterade resultatet för 2024 uppgår till minus 2,9 miljoner kronor.

2. Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?

Inför detaljbudgeten för 2024 identifierade styrelsen tre huvudutmaningar: Primärvårdens utbildningsenhet, Barn- och ungdomsmedicin samt Sjukvårdens larmcentral. Särskilt fokus lades på Sjukvårdens larmcentralers nya uppdrag, som börjar gälla från oktober 2024, enligt regionfullmäktiges beslut om framtidens alarmeringstjänst i Västra Götaland. För att hantera dessa utmaningar inför 2024 beslutade styrelsen om en effektivisering på 1 procent samt fortsatt arbete med att prioritera inom uppdrag. De resurser som frigjordes skulle sedan omfördelas. Effektiviseringskravet på 1 procent baserades på ersättningen från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2024 samt effektiviseringsvinster inom förvaltningens stab och administration. Kostnadsbesparingar beslutades genom minskade kostnader för kurser, konferenser, kost, logi och extern handledning. Styrelsen betonade även behovet av restriktivitet vid nyanställningar för att säkerställa ekonomisk balans. Verksamheterna fick i uppdrag att fortsätta hantera sina ekonomiska utmaningar inom sina områden.

Resultatuppföljning och detaljbudget hanteras av styrelsen, som har efterfrågat tydligare och mer detaljerad rapportering av förvaltningens resultat. Tidigare presenterades denna information på regionområdesnivå, vilket försvårade översikten över den komplexa verksamheten. För att ge en tydligare bild av förvaltningens resultat och underlätta omfördelningar mellan verksamheter, ges nu rapporteringen på en mer detaljerad nivå. Styrelsen får nu en helårsbudget på enhetsnivå baserad på intäkter och kostnader samt månatliga resultatuppföljningar. Denna nya detaljeringsgrad bidrar till en bättre förståelse av förvaltningens resultat och interna kostnader, och ekonomin diskuteras nu vid varje möte med denna förbättrade insyn.

Ekonomichefen beskriver att styrelsen följer en systematisk process för prognosarbetet, som börjar på enhetsnivå och successivt byggs upp till regionområdesnivå och förvaltningsnivå. Prognoserna diskuteras kontinuerligt med presidiet och styrelsen. Delårsrapporterna i april och augusti utarbetas enligt regionens riktlinjer och styrelsen får muntliga uppdateringar.

Prognosarbetet omfattar dialog och en workshop har genomförts för att förbättra träffsäkerheten. En utmaning är att bygga prognosen från grunden, där pessimism kan påverka resultaten negativt.

Prognoserna kommuniceras till styrelsen genom en flerfasig process. Först ställer sig förvaltningsledningen bakom prognoserna, som sedan diskuteras med presidiet för att bedöma åtgärder och identifiera osäkerhetsfaktorer. Dokumentationen, som tydligt beskriver bedömningar och osäkerheter, delas först med presidiet och därefter med hela styrelsen. Vid styrelsemöten presenteras prognoserna med bilder och presentationer, där ekonomiska utmaningar och specifika verksamhetsområden diskuteras ingående. Verksamheter med negativa resultat uppmärksammas särskilt, och åtgärder för att förbättra ekonomin föreslås och diskuteras. Styrelsen ges möjlighet att lämna synpunkter, vilket kan leda till justeringar av prognoser och åtgärder baserat på feedback.

Styrelsen får regelbundna, detaljerade uppföljningar, inklusive månatliga rapporter och information om mål och fokusområden, för att följa den ekonomiska utvecklingen och effekterna av vidtagna åtgärder. Budgetuppföljningarna omfattar rapporter, texter, presentationer och detaljerade utfall på lägre nivåer, inklusive statistik om personal och sjukfrånvaro samt uppföljning av mål och fokusområden. Styrelsen får även information om prognoser per regionområde, åtgärder och budgetavvikelser för specifika verksamheter, såsom gynekologi och barn- och ungdomsmedicin. All relevant information, inklusive resultaträkningar, görs tillgänglig för att säkerställa tydlig och sammanhängande rapportering.

I delårsrapporten för april redovisar Regionhälsan ett resultat på 7,4 miljoner kronor, vilket är 29,1 miljoner kronor bättre än budget. Den positiva avvikelserna förklaras huvudsakligen av beslut om extra riktade statsbidrag samt vakanta tjänster som fortfarande är under rekrytering. Regionhälsan prognostiserar ett resultat för 2024 på 11,9 miljoner kronor.

3. Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Ekonomichefen informerade att styrelsen vidtar åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans baserat på den ekonomiska uppföljningsinformationen. Dessa åtgärder diskuteras och hanteras både på presidie- och styrelsemöten. Återrapportering av åtgärdsplaner genomförs kontinuerligt under styrelsemöten. Regionhälsan prognostiserar per april ett helårsresultat för 2024 på 11,9 miljoner kronor. Trots förvaltningens positiva prognostiserade resultat för 2024 redovisar Hälso- och specialistvård för barn och unga, Sjukvårdens larmcentral och Primärvårdens utbildningsenhet ett negativt resultat för året. Sjukvårdens larmcentral har en negativ prognos på minus 30 miljoner för 2024. Inom verksamheten pågår ett omställningsarbete kopplat till det nya uppdraget.

Primärvårdens utbildningsenhet har en negativ prognos på 7,9 miljoner kronor. Även Barn- och ungdomsmedicin inom hälso- och specialistvård för barn och unga har en negativ prognos på 1,2 miljoner kronor.

Beslutsfattande kring åtgärder vid avvikelser sker i flera steg. Först analyseras frågan av regionområdeschefen, om den rör ett specifikt regionområde. Därefter diskuteras åtgärderna i förvaltningsledningen. Slutligen tas beslutet i styrelsen. Ansvaret för verksamhet, ekonomi och personal ingår i chefskapet.

När det gäller barn- och ungdomsmedicin är situationen mer komplicerad eftersom inte alla mottagningar i Västra Götalandsregionen ingår i Regionhälsans uppdrag. För att hantera frågor inom detta område krävs att de tas upp i ett samordningsråd för barn och unga. Eftersom problemen inte är lika omfattande som på sjukhusen, prioriteras de inte alltid lika högt. Att säkerställa jämlikhet och likvärdighet är också en utmaning på grund av de varierande förutsättningarna. Styrelsen arbetar aktivt med att hantera och prioritera dessa frågor.

Regionstyrelsen vidtar åtgärder utifrån sin uppsiktsplikt när ett ekonomiskt underskott befaras. Till exempel har Primärvårdens utbildningsenhet under flera år haft återkoppling till regionstyrelsen angående hanteringen av underskottet, och åtgärder har vidtagits för att adressera dessa frågor på lång sikt. För närvarande finns det inga ytterligare frågor som kräver uppmärksamhet från regionstyrelsen, men en pågående dialog fortsätter och resultatet av utredningen kring utbildningsuppdraget inväntas fortfarande.

Förvaltningsledningarna får stöd av Koncernkontoret genom deltagande i möten med Puls, där ekonomichefen tillsammans med ekonomichefer från sjukhus, Närhälsan och Regionhälsan diskuterar olika frågor och åtgärdsplaner för sjukhusen. Det pågår också arbete med att förbättra ekonomistyrningen genom en gemensam ekonomiprocess inom funktionsgrupp för ekonomichefer. Controllingmöten hålls med regionstyrelsen för att hantera frågor och utmaningar, och det förs även en dialog med uppdragsgivare och produktionsbeställare för att stärka ekonomistyrningen.

I Regionhälsans månadsrapport för juli 2024 framgår det att Regionhälsan per juli redovisar ett resultat på 77,4 miljoner kronor, vilket är 62,6 miljoner kronor bättre än budget.

Bedömning

1. Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning?

Ja, styrelsen har säkerställt en ändamålsenlig budgetberedning genom en organiserad och systematisk process som sträcker sig från enhetsnivå till förvaltningsnivå, med tidig dialog vid ekonomiska utmaningar. Tydliga riktlinjer och anvisningar har följts, och nödvändiga justeringar har gjorts i ljuset av ekonomiska utmaningar. Av riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024 framgår det att budgetarbetet är ett gemensamt ansvar mellan chefer och controllers, där chefen har huvudansvaret för budgeten, men där controllers aktivt bidrar med synpunkter och förslag på förändringar. Styrelsen har tagit initiativ till att förbättra både strukturen och ansvarsfördelningen inom ekonomistyrningen, vilket tyder på en strategisk hantering av budgetprocessen. Genom att tydligt beskriva ansvarsfördelningen mellan chefer och controllers, betona chefens huvudansvar och lyfta fram controllers roll, framhävs styrelsens strategiska arbete med att optimera strukturen inom ekonomistyrningen.

2. Har styrelsen säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete?

Ja, styrelsen har säkerställt ett ändamålsenligt prognosarbete genom en noggrann och systematisk process som inkluderar detaljerad rapportering och löpande dialog. Den ökade detaljeringsgraden i prognoserna samt regelbunden uppföljning ger styrelsen bättre förutsättningar att fatta informerade beslut. Enligt rutin för nämnders och styrelsers rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024 framgår att det ska tydlig framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans samt en värdering av de olika åtgärder som styrelsen/nämnden har beslutat. De positiva avvikelserna i delårsrapporten indikerar att styrelsens åtgärder och prognosmetoder har haft en gynnsam inverkan på ekonomin. Trots dessa framgångar är det viktigt att fortsatt fokusera på att förbättra träffsäkerheten i prognoserna och att hantera de identifierade utmaningarna för att säkerställa en långsiktig ekonomisk stabilitet.

3. Har styrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll för att nå budget i balans?

Ja, styrelsen har upprättat en omfattande och systematisk process för uppföljning och kontroll av ekonomin, vilket har lett till att vissa områden har uppvisat förbättrade resultat. Av styrelsens reglemente framgår att de

inom sitt verksamhetsområde ska anpassa sin verksamhet så att man bidrar till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen. Den kontinuerliga rapporteringen och de månatliga uppföljningarna ger en god överblick och möjliggör snabba åtgärder vid avvikelser. Trots detta kvarstår ekonomiska utmaningar, särskilt inom vissa verksamheter som fortfarande prognostiserar ett underskott, däribland Primärvårdens utbildningsenhet, Barn- och ungdomsmedicin samt Sjukvårdens larmcentral. Detta visar att medan styrelsen har effektiva uppföljnings- och kontrollmekanismer, krävs ytterligare insatser för att säkerställa en budget i balans på lång sikt. Samtidigt indikerar det förbättrade resultatet i juli att styrelsens åtgärder börjar ge effekt, vilket är ett positivt tecken på deras förmåga att hantera ekonomiska utmaningar.

Sammanfattande bedömning och slutsats

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelsen säkerställt en ändamålsenlig ekonomistyrning. Revisionen bedömer att styrelsen har genomfört en effektiv budgetberedning och prognosarbete genom systematiska processer och tidig dialog vid ekonomiska utmaningar. De har även förbättrat ekonomistyrningen genom tydlig ansvarsfördelning. Prognosarbetet genomförs med detaljerad rapportering, vilket har lett till positiva ekonomiska resultat, men fortsatt fokus behövs för att förbättra träffsäkerheten. Granskningen visar att uppföljning och kontroll av ekonomin sker kontinuerligt, vilket har förbättrat resultaten i vissa områden, även om utmaningar kvarstår. Styrelsens åtgärder visar på en positiv inverkan, men ytterligare insatser krävs för att säkra långsiktig balans i budgeten. Revisionen kommer att fortsätta följa styrelsens åtgärder för de tre verksamheter som uppvisar underskott, däribland Primärvårdens utbildningsenhet, Barn- och ungdomsmedicin samt Sjukvårdens larmcentral.

Rekommendationer

Revisionen lämnar inga rekommendationer.

Referenser

1. Anteckning, strategidagar, styrelsen för Regionhälsan 16–17 april 2024
2. Beslutsfattande inom Regionhälsan
3. Delegeringsordning fastställd 2023-01-24
4. Delårsrapport april 2024 Regionhälsan
5. Detaljbudget 2024 och utblick 2025–2026 Regionhälsan
6. Kommunallagen (2017:725)
7. Månadskommentar 2024–07, Regionhälsan
8. Plan för intern kontroll 2024 Regionhälsan
9. Reglemente för styrelsen för Regionhälsan, Diarienummer: RS 2023–01583
10. Riktlinje för god ekonomisk hushållning och tillämpning av resultatutjämningsreserv i Västra Götalandsregionen, Diarienummer: RS 2019–06176
11. Riktlinje och tidplan för verksamhetsplan och budget 2024
12. Riktlinjer för detaljbudgetarbetet 2024, 2025 och 2026
13. Rutin för nämnders och styrelsers rapportering av detaljbudget 2024 och planperiod 2025–2026 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2024.
14. Västra Götalandsregionens budget 2024 samt plan för ekonomi 2025–2026
15. Årsredovisning 2023 Regionhälsan

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00044

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

Krister Stensson

Vivi-Ann Nilsson

Sven Liljegren

Björn Brogren

Carina Gustavsson

Per Waborg

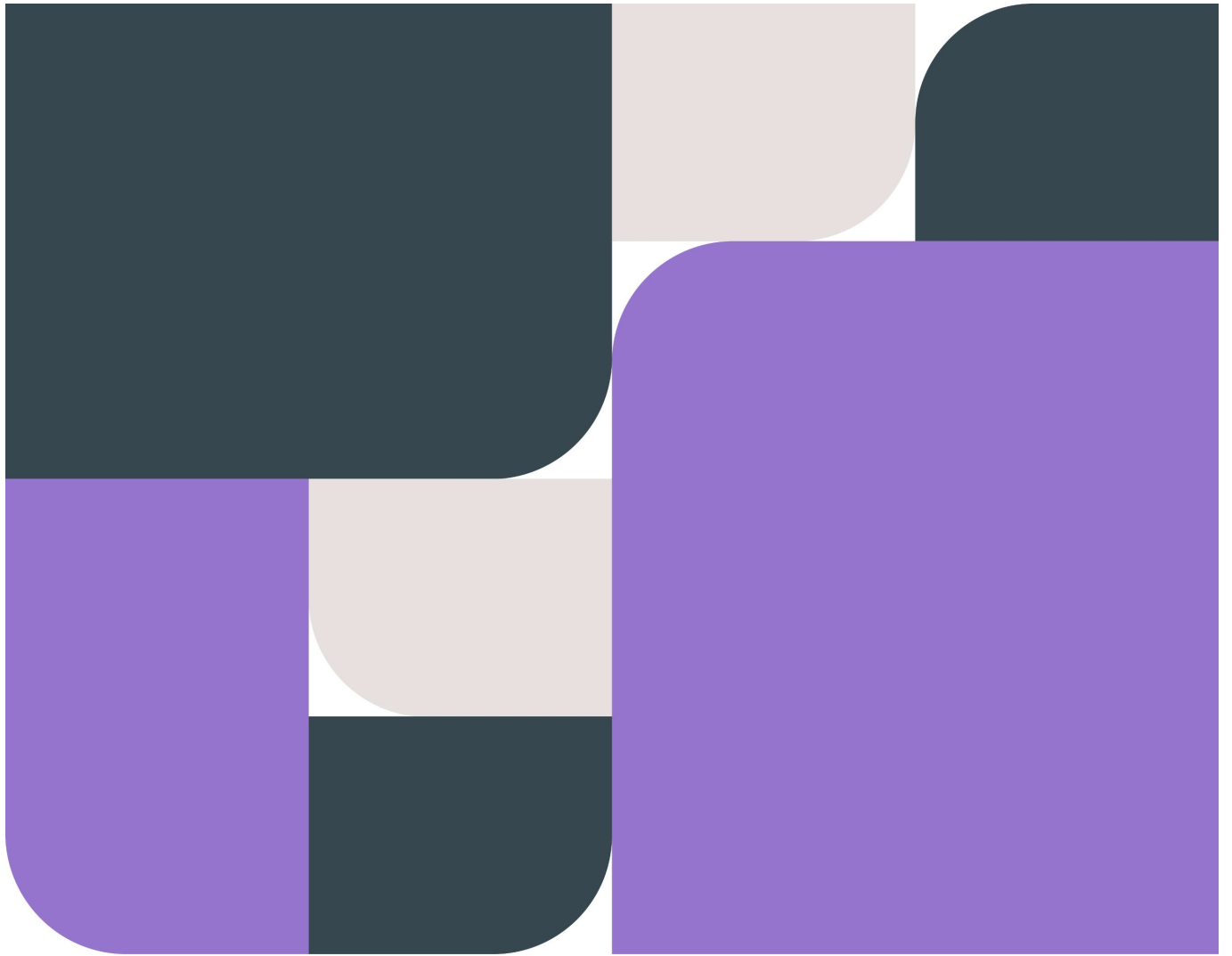
Marie Engström Rosengren

Anne-Lie Sundling

Elving Andersson

Gun Alexandersson Malm

Bo-Lennart Bäcklund



Revisionsrapport
2025-03-19

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: REV 2024-00044

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Marianne Förars Gustafsson (till och med 2024-12-31),

Emelie Duong och Evelina Halse.

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson.

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Per Waborg och Björn Brogren.

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	6
3. Fördjupad granskning	13
4. Granskning av räkenskaper	16
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	17
Revisionens uppdrag	25

Bilagor:

- Bilaga 1 – Rekommendationer
- Bilaga 2 – Granskning av arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans
- Bilaga 3 – Granskning av samverkan med kommun och övriga vårdgivare kring utskrivningsklara patienter.

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- granskning av arbetet med åtgärdsplaner (fördjupad granskning)
- granskning av samverkan med kommun och övriga vårdgivare kring utskrivningsklara patienter (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Vi bedömer att verksamheten inte har bedrivits inom de ekonomiska ramarna. Styrelsen redovisar ett resultat på minus 537 miljoner kronor (en avvikelse på 2,4 procent av omsättningen) och når därmed inte regionfullmäktiges beslutade godkända underskott på minus 477 miljoner kronor. Resultatet för helåret 2023 uppgick till minus 1 274 miljoner kronor (en avvikelse på 6,1 procent av omsättningen). Vi noterar att styrelsen under året har arbetat för att förbättra sitt resultat från 2023.

Vidare bedömer vi, utifrån den fördjupade granskningen av åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans, att styrelsen delvis har ett ändamålsenligt arbete med åtgärdsplaner. Bedömningen är att det finns en tydlig styrning i arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans. Granskningen visar dock att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnås och att det inte är helt tydligt om nya eller kompletterande åtgärder vidtas när åtgärder inte ger den effekt som förväntas.

I övrigt visar granskningen på vissa brister enligt nedan.

Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål

Granskningen visar att styrelsen har följt upp och lämnat prognos för tilldelade mål och fokusområden i delårsrapporterna per april och per augusti samt i årsredovisningen. Vi bedömer att styrelsen inte på ett tydligt sätt har redovisat vilka eventuella åtgärder som har eller kommer att vidtas för en ökad måluppfyllelse enligt regionens anvisningar.

Beslut fattade på delegation från styrelsen

Granskningen visar att styrelsen har beslutat om delegeringsordning för året samt har arbetat utifrån rutin för granskning av delegeringsbeslut som styrelsen beslutade om i april 2023. Stickprovsgranskningen visar på avvikelser i dokumentationen bland gällande information om beslutsfattare och hänvisning till delegeringspunkt i delegeringsordningen. Vi bedömer att granskade delegeringsbeslut inte fullt ut följer lagstiftningens krav på dokumentation.

Granskning av samverkan med kommun och övriga vårdgivare kring utskrivningsklara patienter

Utifrån den fördjupade granskningen av samverkan med kommun och övriga vårdgivare kring utskrivningsklara patienter bedömer vi att styrelsen delvis har ett ändamålsenligt arbete med samverkan kring utskrivningsklara patienter. Granskningen visar att det finns rutiner för in- och utskrivningsprocessen men revisionen bedömer att arbetssätt och samverkan fortsatt behöver utvecklas och upprätthållas. Vi noterar att det

finns utmaningar kopplat till in- och utskrivningsprocessen, och bedömer att förutsättningar för effektiva och säkra vårdövergångar behöver säkerställas.

1.1 Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. I bilaga 1 finns de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller arbetet med regionfullmäktiges mål och beslut fattade på delegation från styrelsen. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.1.1 Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål

Enligt rutin för nämnder och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning ska detaljbudgeten innehålla planering avseende de mål och fokusområden som tilldelats styrelsen samt tillhörande indikatorer och i förekommande fall aktiviteter.¹

¹ Rutin för nämnder och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024, s. 23.

I rutin samt tillhörande rubrikstruktur och anvisningar framgår hur uppföljning och bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Alla styrelser ska lämna delårsrapporter per april och per augusti samt en årsredovisning för helåret. Status och prognos avseende måluppfyllelse för fokusområden ska redovisas i delårsrapporten per april, medan målen ska följas upp i delårsrapporten per augusti. Status och bedömning av måluppfyllelsen för både mål och fokusområden ska redovisas i årsredovisningen. Om uppföljningen visar på avvikelser mot mål eller fokusområden ska styrelsen redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen². Vid bedömning av måluppfyllelsen ska följande punkter kommenteras enligt anvisningarna³:

- Övergripande sammanfattning av arbetet med fokusområde eller mål och vad det lett till. Utfall för indikatorer och aktiviteter kopplade till mål/fokusområden ska vara underlag för sammanfattning och analys.
- Målbedömning enligt status grön, gul och röd. Prognosen ska baseras på samlad bedömning av punkten ovan.
- Beskrivning av det fortsatta arbetet. I de fall mål eller fokusområdet bedöms som rött eller gult ska de åtgärder som verksamheten planerar att vidta för måluppfyllelse beskrivas.

Av rutinen framgår att koppling till indikatorer ska göras i delårsrapport och årsredovisning så att indikatorns namn, utfall två år tillbaka (där så är möjligt) samt utfall och regionalt måltal för perioden innevarande år lyfts in under respektive prioriterat mål och fokusområde. Vidare ska kopplingen av aktiviteter göras i rapporterna så att namn och status redovisas under respektive mål och fokusområde. Orsaker och konsekvenser av eventuella aktiviteter som inte har genomförts enligt plan ska redovisas⁴.

Vår granskning av delårsrapporter per april och augusti samt årsredovisning visar att styrelsen har följt upp och lämnat prognos för tilldelade mål och fokusområden. I styrelsens årsredovisning bedöms två mål som uppfyllda och fyra mål som delvis uppfyllda. Fyra fokusområden bedöms som uppfyllda och elva fokusområden bedöms som delvis uppfyllda. Av redovisningen framgår dock inte på ett tydligt sätt hur

² Rutin för nämnder och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024, s. 7-8, s. 10.

³ Rubrikstruktur och anvisningar för detaljbudget, månadskommentar, delårsrapporter och årsredovisning 2024, s. 3.

⁴ Rutin för nämnder och styrelser rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024, s. 10, s. 24.

styrelsen arbetar för ökad måluppfyllelse samt vilka eventuella åtgärder som har eller kommer att vidtas.

I 2023 års granskning rekommenderade revisionen styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att tydliggöra relationen mellan regionfullmäktiges prioriterade mål och styrelsens egna mål och strategier, samt följa regionstyrelsens instruktioner för rapportering i delårsrapporter och årsredovisning. Granskningen visar att styrelsen förtydligat redovisningen avseende relationen mellan regionfullmäktiges prioriterade mål och styrelsens egna mål och strategier.

2.1.2 Beslut fattade på delegation från styrelsen

Av handlingar som registreras hos en myndighet ska det framgå datum då handlingen kom in eller upprättades, diarienummer, i förekommande fall uppgifter om handlingens avsändare eller mottagare och i korthet vad handlingen rör⁵. För varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som bland annat visar dagen för beslutet, vad beslutet innehåller samt vem eller vilka som har fattat beslutet⁶. Förutsättningarna för beredning och dokumentation av delegeringsbeslut framgår av lagstiftning, reglemente och delegeringsordning.

Styrelsen ska varje ny mandatperiod ta ställning till delegering av beslutanderätt och beslut enligt delegering ska anmälas till styrelsen i den ordning som styrelsen beslutar⁷. Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutade om delegeringsordning för året vid sammanträdet den 2 februari 2024 och har fortsatt att arbeta efter den rutin för granskning av delegeringsbeslut 2023-2026 som styrelsen beslutade om i april 2023⁸.

Revisionen har gjort ett stickprov och granskat sexton delegeringsbeslut anmälda till tre av styrelsens sammanträden under 2024.

Vår granskning visar att i ett beslut är beslutsmeningen ofullständig och i två beslut saknas information om vem som har fattat beslutet. I ytterligare två beslut saknas hänvisning till delegeringspunkt i delegeringsordningen

5 Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) 5 kap. § 2.

6 Förvaltningslag (2017:900) § 31.

7 Reglemente för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2023-2026, del C § 25.

8 Rutin för granskning av delegeringsbeslut 2023-2026, beslutad i styrelsen 2023-04-28.

och i två beslut är hänvisningen till delegeringspunkt i delegeringsordningen felaktig.

Granskningen visar även att för nio av sexton beslut finns inte angivna avtal eller beslutsunderlag bilagda, vilket gör att det av besluten inte går att avgöra om det är fattat inom ramen för delegationen. Vi har begärt ut tre avtal kopplat till ovan nämnda beslut. Två av avtalen är sekretessbelagda och lämnades inte ut, granskningen av avtalen kopplade till det tredje beslutet visade att beslutet är fattat inom ramen för delegationen. Förvaltningen beskriver att ansvaret för att sekretessmarkera eventuella bilagor ligger på de som registrerar ärenden samt att alla som arbetar i ärendehanteringssystemet ska ha gått utbildningar samt att de som registrerar ärenden får stöd, löpande information samt möjlighet att delta i workshops.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.2.1 Styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin

Styrelsen ska följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att styrelsen ska fullgöra⁹.

Regionfullmäktige beslutade i april 2024¹⁰ om ett godkänt underskott för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset på minus 477 miljoner kronor.

Enligt rutin för nämnders och styrelsers rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024, ska det tydligt

⁹ Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset del B §1 punkt B.
¹⁰ Protokoll från regionfullmäktige 2024-04-09 § 69 Västra Götalandsregionens detaljbudget 2024-2026.

framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans samt en värdering av de olika åtgärder som styrelsen har beslutat om¹¹.

I delårsrapport per april redovisar styrelsen en budgetavvikelse på minus 227,8 miljoner kronor (3,1 procent av omsättningen) och i delårsrapporten per augusti en budgetavvikelse på minus 355 miljoner kronor (2,4 procent av omsättningen).

Årsbokslutet visar ett resultat på minus 537 miljoner kronor (2,4 procent av omsättningen). Sahlgrenska Universitetssjukhuset når därmed inte regionfullmäktiges beslutade godkända underskott på minus 477 miljoner, utan redovisar en avvikelse på minus 60 miljoner kronor (0,3 procent av omsättningen). Resultatet för helåret 2023 uppgick till minus 1 274 miljoner kronor (en avvikelse på 6,1 procent av omsättningen).

Avvikelserna i årets bokslut förklaras främst av högre kostnader för personal, material och tjänster. För att sänka personalkostnaderna har styrelsen beslutat om särskild anställningsprövning och en översyn av stab och administration och för att sänka materialkostnaderna har styrelsen beslutat om särskild inköpsprövning.

Handlingsplan för att nå en ekonomi i balans

Regionfullmäktige beslutade den 17 juni 2024 att uppmana samtliga sjukhusstyrelser att säkerställa genomförande av åtgärder för en ekonomi i balans vid ingången av 2025.

Granskningen visar att styrelsen har beslutat om en handlingsplan för att nå en ekonomi i balans som omfattar 1 178 miljoner kronor 2024. I planen finns åtgärder med planerad effekt på 376 miljoner kronor (32 procent av totala planen) som har hög risk att inte få effekt under 2024 med anledning av påverkan av regionala och andra övergripande beslut.

Vidare visar granskningen att förväntad effekt av planen inte uppnås, effekten av åtgärderna per december uppgick till 943 miljoner kronor (en genomförandegrad på 80 procent) och en avvikelse på 235 miljoner kronor.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden. Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta

¹¹ Rutin för nämnder och styrelses rapportering i detaljbudget, månadskommentar, delårsrapport och årsredovisning 2024, s. 16.

om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen delvis har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi granskat. Granskningen visar på vissa brister vad gäller arbetet med regionfullmäktiges mål, beslut fattade på delegation från styrelsen samt styrning och uppföljning och rapportering av ekonomin.

Granskningen visar att styrelsen har följt upp och lämnat prognos för tilldelade mål och fokusområden i delårsrapporterna per april och per augusti samt i årsredovisningen. Vi bedömer att styrelsen inte på ett tydligt sätt har redovisat vilka eventuella åtgärder som har eller kommer att vidtas för en ökad måluppfyllelse enligt regionens anvisningar. Vidare bedömer vi att styrelsen har förtydligat redovisningen avseende relationen mellan regionfullmäktiges prioriterade mål och styrelsens strategier. Vi bedömer därmed att styrelsen har tagit hand om rekommendationen från granskningen 2023.

Vidare visar granskningen att styrelsen har beslutat om delegeringsordning för året samt har arbetat utifrån rutin för granskning av delegeringsbeslut som styrelsen beslutade om i april 2023. Stickprovsgranskningen visar på brister avseende dokumentation av delegeringsbeslut bland annat gällande information om beslutsfattare och hänvisning till delegeringspunkt i delegeringsordningen. Vi bedömer att granskade delegeringsbeslut inte fullt ut följer lagstiftningens krav på dokumentation.

Avslutningsvis bedömer vi att verksamheten inte har bedrivits inom de ekonomiska ramarna. Styrelsen redovisar ett resultat på minus 537 miljoner kronor (en avvikelse på 2,4 procent av omsättningen). Sahlgrenska Universitetssjukhuset når därmed inte regionfullmäktiges beslutade godkända underskott på minus 477 miljoner kronor (en avvikelse på 2,7 procent av omsättningen). Vidare visar granskningen att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnås. Resultatet för helåret 2023 uppgick till minus

1 274 miljoner kronor (en avvikelse på 6,1 procent av omsättningen). Vi noterar dock att styrelsen under året har arbetat för att förbättra sitt resultat från 2023.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i den grundläggande granskningen lämnar vi följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen om uppföljningen av mål och fokusområden visar på avvikelser.
- stärka uppföljning och kontroll av delegeringsbeslut som säkerställer lagstiftningens krav på dokumentation.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen och/eller tidigare granskning visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Granskning av arbetet med åtgärdsplaner

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Rapporten finns i bilaga 2.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade för helåret 2023 ett ekonomiskt underskott om 1 274 miljoner kronor. Styrelsen och sjukhusdirektören har under 2023 fattat flera beslut för att nå en verksamhet och ekonomi i balans, vilka omfattar åtgärder och beslut om 1, 4 miljarder kronor.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett ändamålsenligt arbete med åtgärdsplaner för att nå ekonomi i balans.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har ett ändamålsenligt arbete med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans. Bedömningen är att det finns en tydlig styrning i arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans. Däremot visar granskningen att styrelsen inte når det godkända underskottet på minus 477 miljoner kronor och inte en ekonomi i balans (milstolpe 3).

Bedömningen är att styrelsen delvis vidtagit tillräckliga åtgärder i de fall åtgärdsplanerna inte ger förväntad effekt. I styrelsens detaljbudget 2024 framgår att vid avvikelser ska kompletterande åtgärder tas fram och beslutas. Vidare framgår i de ekonomiska styrprinciper för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att förslag till åtgärder ska upprättas vid avvikelser. Granskningen visar att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnås och att det inte är helt tydligt om nya åtgärder eller kompletterande åtgärder vidtas när åtgärder inte ger den effekt som förväntas. Vi ser dock positivt på att åtgärder ses över och att det finns ett arbete för att öka takten och genomförbarheten i befintliga åtgärder. Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig uppföljning och återrapportering av arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen bedömer vi att rekommendationen från 2022 års fördjupade granskning kvarstår.

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

3.2 Granskning av samverkan med kommun och övriga vårdgivare kring utskrivningsklara patienter

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Rapporten finns i bilaga 3.

Lag (2027:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård reglerar in- och utskrivningsprocessen för personer som har behov av insatser efter utskrivning från slutenvården. Utifrån lagen har Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner kommit överens om en överenskommelse med tillhörande riktlinje för in- och utskrivningsprocessen och hur betalningsansvaret ska regleras i länet.

Av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset årsredovisning 2023 framkommer att antalet vårddagar för utskrivningsklara har ökat och att det finns ett behov av att arbeta med flödena inom sjukvården. Av årsredovisningen framgår även att ett stort antal dagar inte har kunnat faktureras på grund av den regionala faktureringsmodell som bygger på en medel-/snittberäkning av betaldagar för respektive kommun.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett ändamålsenligt arbete med samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har ett ändamålsenligt arbete med samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Granskningen visar att det finns rutiner för in- och utskrivningsprocessen men revisionen bedömer att arbetssätt och samverkan fortsatt behöver utvecklas och upprätthållas. Dialog och förståelse kring de olika aktörernas

roll i processen blir avgörande för följsamhet till lagstiftning¹², överenskommelse¹³ och riktlinje¹⁴.

Vidare visar granskningen att sjukhuset har ett stort antal utskrivningsklara som blir kvar på sjukhuset. Revisionen noterar att det finns utmaningar kopplat till in- och utskrivningsprocessen, och bedömer utifrån avtal¹⁵ och överenskommelse¹⁶ att förutsättningar för effektiva och säkra vårdövergångar behöver säkerställas.

Granskningen visar även att verksamheten arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen genom förebyggande och stödjande insatser utanför sjukhuset.

Vi lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.

12 Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

13 Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (förlängd till och med 2024-12-31).

14 Läns gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

15 Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (gäller från och med 1 april 2017).

16 Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (förlängd till och med 2024-12-31).

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionsred reglar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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 följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Verksamhet – Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål (2023), se 2.1.2

5.1 Uppföljning av granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade effekter av åtgärdsplaner 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

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.
- 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 genom att ta del av styrelsens svar på rekommendationerna samt ställt uppföljande frågor till ekonomidirektör och chefcontroller.

Uppföljningen visar att styrelsen under 2024 arbetar enligt regionala anvisningar för åtgärdsplaner inklusive uppföljning. Uppföljning redovisas till styrelsen varje månad, i månads- och delårsrapporter.

Åtgärderna i åtgärdsplanen har en planerad bedömd effekt per månad för 2024 samt eventuell ytterligare effekt för helåret 2025. Revisionen har tagit del av sjukhusområdenas åtgärdsplaner. I planerna finns beskrivning av åtgärd, riskgrupp, planerad effekt per månad, hur uppföljning ska ske och ansvarig för åtgärden.

Inom projektet Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (HEBSU) sker uppföljning genom månadsvisa uppföljningar av handlingsplaner inom den ordinarie ekonomiuppföljningen, via forum där ekonomichef/sammanhållande controller per område deltar tillsammans med deltagare från HEBSU projektgrupp och sjukhusgemensam ekonomiavdelning. Uppföljning sker i två perspektiv, KPI (Nettoårsarbetare, disponibla vårdplatser, produktion, kvalitet) och ekonomisk uppföljning.

Ekonomisk uppföljning innebär bland annat utfall i relation till förväntad målnivå och period då åtgärd bedöms nå full effekt. Vidare grupperas åtgärderna till verksamhetsområde och åtgärdseffekt specificeras till konto-/kontogrupp samt periodiseras. Power BI-rapport tas fram där utfall per månad följs mot plan och mot prognos utifrån effekter av åtgärder.

Information om arbetet med en ekonomi i balans har spridits till chefer och medarbetare genom information på startsidan på intranätet. Vidare framgår att sjukhusdirektören håller regelbundna så kallade ”öppna möten” vid alla tre sjukhus samt månadsvisa digitala chefsmöten. Ytterligare mediekkanaler har även använts så som exempelvis chefsbrev varje vecka, Sahlgrenska Liv och sjukhusdirektörens blogg, där bland annat sjukhusets ekonomiska situation berörs.

Det finns ett samarbete mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset och andra regionala sjukhus. Vidare finns samarbete mellan regionens ekonomichefer och ekonomidirektörer, samarbetsforum för andra funktioner på flera olika organisatoriska nivåer som till exempel budget, produktion och medarbetare, där till exempel gemensamma workshops genomförs och jämförelser av KPP-data (Kostnad Per Patient). Sahlgrenska Universitetssjukhuset ingår även i ett nationellt benchmarkingsamarbete med andra universitetssjukhus i Sverige samt i Finland och Norge. Samverkan sker även i presidiedialoger med operativa hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar utifrån den regionalt beslutade processen för ordnad överföring av vård (omställningen).

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutade i mars 2024 att överlämna en lista över nomineringar till ordnad överföring av vård, där överföring mellan vårdnivåer ingår, vilket innefattar vård från sjukhus till primärvård och regionövergripande verksamheter, till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden med en begäran om vidare omhändertagande. Fortsatt beredning av ärendet pågår.

I den fördjupade granskningen av åtgärdsplaner (se avsnitt 3.1) visar granskningen att styrelsen delvis vidtagit tillräckliga åtgärder i de fall åtgärdsplanerna inte ger förväntad effekt. I styrelsens detaljbudget 2024 framgår att vid avvikelser ska kompletterande åtgärder tas fram och beslutas. Vidare framgår i de ekonomiska styrprinciper för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att förslag till åtgärder ska upprättas vid avvikelser. Granskningen visar att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnås och att det inte är helt tydligt om nya åtgärder eller kompletterande åtgärder vidtas när åtgärder inte ger den effekt som förväntas. Vi ser dock positivt på att åtgärder ses över och att det finns ett arbete för att öka takten och genomförbarheten i befintliga åtgärder.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om följande rekommendationer:

- 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.
- 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.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen avseende att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen. Granskningen visar att fortsatt beredning av ordnad överföring av vård pågår. Revisionen bedömer att rekommendationen kvarstår.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen avseende att säkerställa att styrelsen tar beslut om

korrigeringar om effekten av redan fattade beslut uteblir. I den fördjupade granskningen av åtgärdsplaner (se avsnitt 3.1) visar granskningen att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnås och att det inte är helt tydligt om nya åtgärder eller kompletterande åtgärder vidtas när åtgärder inte ger den effekt som förväntas. Revisionen bedömer att rekommendationen kvarstår.

5.2 Uppföljning av granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen 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.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom att ta del av styrelsens svar på revisionsrapporten och skickat skriftliga frågor till enhetschef produktionscontrolling och vårdavtal.

Uppföljningen visar att ett arbetsutskott till Sahlgrenska Universitetssjukhusets ledningsgrupp har etablerats för att förstärka och tydliggöra uppdrag, styrning och mandat kopplat till vårdproduktionen. Till arbetsutskottet finns Centrala produktionskontoret (CPK) som har ett övergripande funktionsansvar att stödja verksamheterna i produktionsplaneringsprocessen med målet att åstadkomma en effektiv produktion med samordnande resurser inom och mellan verksamheter. Vidare visar uppföljningen att sjukhusets områdesledning har förstärkts med den nya rollen operativ chef.

För att skapa ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion har flera åtgärder vidtagits. Nedan ges några exempel.

Införandet av regional funktionsgrupp för produktionschefer (nytt namn är samordnande grupp för produktion inom hälso- och sjukvård), där alla

förvaltningar inom hälso- och sjukvård är representerade. Gruppens uppdrag är att utgöra styrgrupp för regionens produktions- och kapacitetsplaneringsstyrning, bistå i beredning av produktionsvolymerna för verksamheter i egen regi samt i beredningen av volymer och innehåll i den externt upphandlade vården och samordna regional sommarplanering i Västra Götalandsregionen.

Under 2024 har program Sahlgrenska 6.0 startats. Programmet löper parallellt med ordinarie linjeorganisation och ska samla allt pågående och kommande omställningsarbete. Programmet består av sex programområden med tillhörande projekt. Programområdena vårdmodell, uppdrag SU och operativ modell utgör en central del i arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning.

Under 2024 har det regionala projektet Gemensam produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) gått in i genomförandefas. Projektet syftar till att utveckla en gemensam metodik för detaljplanering samt upphandla systemstöd för PKS.

Utöver detta pågår flera förbättringsarbeten med syfte att stärka bemannings- och kapacitetsplanering. Exempel på förbättringsarbeten är införandet av en sjukhusgemensam dashboard för att få tillgång till relevanta data och framtagandet av ett övergripande ramverk för produktionsplanering, som ska standardisera planerings- och uppföljningsprocessen och tydliggöra ansvar, roller och mandat.

5.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis tagit hand om rekommendationerna. Granskningen visar att flera åtgärder har vidtagits för att stärka styrningen. Vidare visar granskningen att det pågår arbete kopplat till utveckling av en gemensam metodik för detaljplanering, för att upphandla systemstöd för produktions- och kapacitetsstyrning samt framtagande av ett ramverk för produktionsplanering. Revisionen bedömer att rekommendationerna kvarstår.

5.3 Uppföljning av granskning av offentlighet och sekretess

Revisionen granskade offentlighet och sekretess 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

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

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att skicka skriftliga frågor till arkivchef och tagit del av aktuella dokument.

Uppföljningen visar att styrelsen har beslutat om en förteckning över sjukhusets IT-system, som följer regionens anvisningar för tillämpningen av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering. Vidare visar uppföljningen att styrelsen har beslutat om en egen plan för bevarande av elektroniska handlingar. Besluten är tagna av arkivchef genom delegation.

5.3.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

5.4 Uppföljning av granskning av patientsäkerhet

Revisionen granskade patientsäkerhet 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka arbetet med analyser och avvikelser.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka arbetet med att öka antalet vårdplatser inom de områden där behov finns.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom intervju med chefläkare och chefsjuksköterska samt genom dokumentgranskning.

Uppföljningen visar att sjukhuset under året har infört Gröna Korset vilket är en metod för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Med Gröna korset fångar man upp och reflekterar över risker och händelser med målet att minska vårdskador och säkra en god patientsäkerhetskultur.

Vid allvarliga patientsäkerhetshändelser utreds dessa systematiskt och i de flesta fall med händelseanalysmetodik med hjälp av it-stödet Nitha. Uppföljningen visar att sjukhuset under året har genomfört tre workshoppar kopplat till Nitha för att stärka analysarbetet.

Av delårsrapport per augusti framgår att antalet disponibla vårdplatser har minskat med 30 vårdplatser i augusti 2024 jämfört med augusti 2023.

Uppföljningen visar att styrelsen genom projektet Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (HEBSU) har arbetat med akut- och slutenvårdsprocessen vilket sedan har fortsatt i program Sahlgrenska 6.0¹⁷. Av delårsrapport per augusti framgår att trots flera genomförda och pågående åtgärder för att förbättra tillgängligheten har sjukhuset en hög beläggningsgrad och något färre vårdplatser jämfört med augusti föregående år.

5.4.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen avseende att stärka arbetet med analyser och avvikelser.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen avseende att stärka arbetet med att öka antalet vårdplatser inom de områden där behov finns. Granskningen visar att styrelsen har arbetat med akut- och slutenvårdsprocessen som en del av arbetet med åtgärder för ekonomi i balans. Trots vidtagna åtgärder har sjukhuset färre disponibla vårdplatser i augusti 2024 jämfört med föregående år. Revisionen bedömer att rekommendationen kvarstår.

5.5 Uppföljning av granskning av löneprocessen

Revisionen granskade löneprocessen 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka den interna kontrollen vad gäller anställningsavtal.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att ta del av styrelsens svar på rekommendationen samt skickat skriftliga frågor till HR-chef på HR-strategiska avdelningen.

Uppföljningen visar att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har infört digitala anställningsavtal som ska undertecknas av ansvarig chef och den som ska anställas, innan anställningen påbörjas. Det digitala anställningsavtalet skickas från löneservice till ansvarig chef och när anställningsavtalet är undertecknat läggs uppgifter in om en ny anställning

¹⁷ Omedelbara, strukturella åtgärder som sänker kostnadsnivån, beslut av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2023-08-18.

i Västra Götalandsregionens personal- och löneadministrations system Heroma.

Vidare visar uppföljningen att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har genomfört en stickprovsgranskning av anställda som har fått övertidsersättning. Stickprovsgranskningen visade att vissa anställda har fått tillfällig övertidsersättning (för att de har arbetat kliniskt helger och kvällar), men som inte har rätt till övertidsersättning enligt sitt anställningsavtal. Med anledning av detta har sjukhuset tillsammans med löneservice förtydligat denna rutin. Rutinen innebär att innan ansvarig chef kommer överens om rätten till tillfällig övertidsersättning med aktuell medarbetare ska detta godkännas av HR-chef på området. Därefter ska HR-chefen skicka in en skriftlig begäran till löneservice. Begäran ska sparas hos löneservice.

5.5.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

2025-03-19

Bilaga 1 – Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Grundläggande granskning avseende styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen om uppföljningen av mål och fokusområden visar på avvikelser (2024).
Grundläggande granskning avseende beslut fattade på delegation från styrelsen Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka uppföljning och kontroll av delegeringsbeslut som säkerställer lagstiftningens krav på dokumentation (2024).
Grundläggande granskning avseende tillgänglighet Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa effektiva arbetssätt för att korta väntetiderna samt skapa förutsättningar att upprätthålla god tillgänglighet till vård (2023). [Ingen uppföljning 2024.]

Område	Rekommendation
Granskning av arbetet med åtgärdsplaner Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).
Granskning av arbetet med åtgärdsplaner Svar 27 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir (2022).
Granskning av samordnade insatser för barn och unga Inget svar	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). [Ingen uppföljning 2024.]
Granskning av samordnade insatser för barn och unga Inget svar	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). [Ingen uppföljning 2024.]
Granskning av samordnade insatser för barn och unga Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att arbeta för förverkligande av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga (2023). [Ingen uppföljning 2024.]

Område	Rekommendation
<p>Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess (2023).</p> <p>[Ingen uppföljning 2024.]</p>
<p>Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen (2023).</p> <p>[Ingen uppföljning 2024.]</p>
<p>Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv (2023).</p> <p>[Ingen uppföljning 2024.]</p>
<p>Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion (2023).</p>
<p>Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion (2023).</p>
<p>Granskning av patientsäkerhet</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka arbetet med att öka antalet</p>

Område	Rekommendation
	vårdplatser inom de områden där behov finns (2023).
Granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga Inget svar	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). [Ingen uppföljning 2024.]



Revisionsrapport
2025-01-17

Bilaga 2 – Granskning av arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

Av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets *Detaljbudget och Verksamhetsplan 2024 och utblick 2025–2026* framgår att den ekonomiska utvecklingen för sjukhuset under 2023 har präglats av den kostnadskris som drabbat samtliga regioner. Detta har medfört att de ekonomiska utmaningarna inför kommande år är historiskt stora. Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade för helåret 2023 ett ekonomiskt underskott om 1 274 miljoner kronor.

Styrelsen och sjukhusdirektören har under 2023 fattat flera beslut för att nå en verksamhet och ekonomi i balans, vilka omfattar åtgärder och beslut om 1,4 miljarder kronor. Arbetet med åtgärder för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har samlats i projektet HEBSU, Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Arbetet leds av en styrgrupp som har stöd av en projektledare och en projektgrupp. Projektet har två milstolpar; att från och med kvartal 3 år 2024 redovisa positiva månadsresultat samt att vid årsskiftet 2024/2025 ha en ekonomi i balans för helåret.

Revisionen granskade år 2022 sjukhusstyrelsernas arbete med effekter av åtgärdsplaner. I samband med granskningen identifierades flera utvecklingsområden och sex rekommendationer lämnades till styrelsen. Under år 2023 följde revisionen styrelsens arbete med åtgärdsplaner för att nå verksamhet och ekonomi i balans. Revisionen bedömde att redovisade åtgärder i stor utsträckning pekade på regionala åtgärder, i stället för att riktas mot den egna verksamheten.

Mot bakgrund av detta har revisionen beslutat att genomföra en fördjupad granskning inom området.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett ändamålsenligt arbete med åtgärdsplaner för att nå ekonomi i balans.

Med ändamålsenligt arbete menar vi att det finns ett strukturerat och systematiskt arbete med att identifiera, ta fram och följa upp åtgärder samt att åtgärder vidtas i de fall förväntad effekt inte uppnås för att nå en ekonomi i balans.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Finns en tydlig styrning i arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans?
- Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder i de fall åtgärdsplanerna inte ger förväntad effekt?
- Har styrelsen en tillräcklig uppföljning och återrapportering av arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier kommer att användas i granskningen:

- Budget 2024 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2025-2026 (RS 2023-04680)
- Vägledning för nämnders och styrelser arbete (RS 2017-04735)
- Protokoll från regionfullmäktige § 69, 2024-04-09 Västra Götalandsregionens detaljbudget 2024-2026 beslut om tillåtet underskott (RS 2023-04680)
- Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (RS 2023-01583)
- Detaljbudget 2024 och utblick 2025-2026 Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU 2023-05723)
- Ekonomiska styrprinciper för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU 2020-06011).

Metod och avgränsning

Följande metoder har använts:

- dokumentanalys
- intervju har genomförts med ekonomidirektör, chefcontroller och strateg inom området budget, uppföljning och analys.
- enkät skickades till sex områdeschefer under perioden 8 - 15 november 2024. Fem av sex områdeschefer svarade på enkäten.

Granskningen är avgränsad till arbetet med åtgärdsplaner under 2024.

Granskningens resultat

Styrning

Styrelsen ska enligt sitt reglemente säkerställa efterlevnad till regionfullmäktiges fattade beslut om hushållning av resurser. I april 2024 beslutade regionfullmäktige om ett godkänt underskott på minus 477 miljoner kronor för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

I styrelsens detaljbudget 2024 finns ett avsnitt om projektet Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (HEBSU)¹. Projektets syfte är att skapa en ökad tydlighet om vilka åtgärder som är beslutade, vem som ansvarar för genomförandet samt hur och när uppföljningar sker. Vid avvikelser ska kompletterande åtgärder tas fram och beslutas. Projektet har följande milstolpar för 2024:

- Milstolpe 2: Resultat i balans månadsvis under kvartal tre 2024 (uppnåddes i september 2024).
- Milstolpe 3: Ekonomi i balans vid årsskiftet 2024/2025.

Projektet leds av ekonomidirektör och projektgruppen består av sjukhusdirektör, operativ direktör, kommunikationsdirektör, stabsdirektör, förste chefsläkare, strateger, områdeschefer och projektledare. Gruppen har träffats varje vecka/varannan vecka och mötesanteckningar förs. Vid genomgång av mötesanteckningarna framgår bland annat status på åtgärdsplaner och vikten av att åtgärdsplanerna konkretiseras och fortsätter ge effekt.

Utöver mötena kopplat till HEBSU, träffar sjukhusdirektören varje enskild områdeschef för månadsvisa uppföljningar. Inför dessa möten träffar ekonomidirektören varje ekonomiområdeschef och går igenom det ekonomiska resultatet. Det framgår även att ekonomisk uppföljning sker på varje enhetsnivå upp till sjukhusnivå.

Uppfattningen från intervju är att det finns ett välfungerande arbete med att följa upp och bedöma om åtgärderna för att nå en ekonomi i balans ger den effekt som

¹ HEBSU avvecklades som ett eget projekt i juni 2024.

förväntas. Detta bekräftas även i genomförd enkät där samtliga svarande instämmer helt/instämmer i hög grad i detta.

Vid genomgång av styrelsens protokoll under 2024 har styrelsen under året gett sjukhusdirektören ett antal uppdrag kopplat till den ekonomiska situationen. Exempel på uppdrag var att ta fram och redovisa tydligare ekonomiska mål för varje område (med anledning av det godkända underskottet från regionfullmäktige) och utarbeta och redovisa handlingsplaner för områden som inte uppfyller målen för handlingsplanen för en ekonomi i balans.

Vidare har styrelsen exempelvis beslutat att påskynda genomförandet av beslutade åtgärder för att uppnå ekonomisk balans vid ingången av 2025 samt uppmanat till omedelbara insatser för att säkerställa att beslutade åtgärder implementeras i tid och med tydligt resultatfokus.

Åtgärdsplaner och åtgärder

I de ekonomiska styrprinciper för Sahlgrenska Universitetssjukhuset² framgår att områdeschefer ansvarar för att rapportera avvikelser till sjukhusdirektören och upprätta förslag till åtgärder. Visar rapporten ett befarat och väsentligt underskott mot budget ska områdeschefen, inom ramen för sina befogenheter anpassa verksamheten till de resurser som styrelsen har tilldelat. Vid underskott ska ansvarig chef, i samverkan med områdets stödfunktioner, ta fram en ekonomisk åtgärdsplan för att nå ekonomisk balans senast vid slutet av året.

Inför detaljbudget 2024 har verksamheterna tagit fram åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Det finns en framtagen process som beskriver åtgärdsförslag till beslut³. Beslut om åtgärderna beslutas av ledningsgruppen för området, ledningsgruppen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vid behov sker även facklig samverkan av åtgärderna. Åtgärderna ska prövas, bedömas, analyseras och konkretiseras. Utöver åtgärder som finns inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset har även regiondirektören beslutat om regiongemensamma uppdrag som ska genomföras på sjukhuset.

Åtgärderna har samlats i projektet Handlingsplan för ekonomi i balans på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HEBSU, och omfattar 1 178 miljoner kronor för 2024. Revisionen har tagit del av sjukhusområdenas åtgärdsplaner. I planen finns beskrivning av åtgärd, riskgrupp, planerad effekt per månad, hur uppföljning ska ske och ansvarig för åtgärden. Utöver sjukhusområdenas åtgärdsplaner finns även regionövergripande och sjukhusövergripande åtgärder.

² Ekonomiska styrprinciper för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU 2020-06011).

³ Process- från åtgärdsförslag till beslut, HEBSU 24-04-10 Process - från åtgärdsförslag till beslut (vgregion.se).

Exempel på sjukhusövergripande åtgärd är översyn av stab och administration. Exempel på regionövergripande åtgärder är process för ordnad överföring av vård.

I sjukhusområdenas rapporter är åtgärderna kategoriserade i tre riskgrupper:

1. Åtgärd som ger delvis eller hel effekt på resultat enligt plan.
2. Åtgärd som inte ger effekt enligt plan eller som inte bedöms genomförbar.
3. Åtgärd som kräver ytterligare utredning innan bedömning av effekt (exempelvis som kräver regionala och andra övergripande beslut).

Av intervjuer framkommer att om en åtgärd inte ger effekt enligt plan eller inte bedöms som genomförbar (riskgrupp 2) ska nya åtgärder tas fram.

Enkätresultatet visar att fyra av de svarande instämmer helt/instämmer i hög grad att de upplever att det finns ett uttalat krav på att åtgärder ska vidtas om nuvarande åtgärder för att nå en ekonomi i balans inte når förväntad effekt. En instämmer inte alls i detta påstående.

Vid genomgång av sjukhusområdenas rapporter finns det beskrivning av anledningarna till att områdena inte når förväntad effekt, däremot framgår det inte tydligt om nya åtgärder tas fram om förväntad effekt uteblir. Revisionen noterar att det för vissa områden framgår att nya åtgärder behöver vidtas, men vilka åtgärder dessa är framgår inte av sjukhusområdenas rapporter.

Av intervju framkommer att sjukhusområdenas bedömning är att åtgärderna i huvudsak kommer att ge effekt, men att det ibland tar längre tid än förväntat att nå dem. Därför har fokus varit att öka takten och genomförbarheten i befintliga åtgärder i stället för att ta fram nya åtgärder. Utöver detta har åtgärdsplanerna kompletterats med sjukhusövergripande åtgärder. Exempel på en åtgärd är särskild inköpsprövning för att sänka materialkostnader.

Enkätresultatet visar att fyra av de svarande instämmer helt/instämmer i hög grad att de upplever att det finns uttalat krav på att åtgärderna för att nå en ekonomi i balans ska vara konkretiserade. En instämmer i låg grad i detta. Av intervjuer framgår att det finns utveckling kring att arbeta fram mer konkreta åtgärder och utvärdera effekten av dessa.

Enkätresultatet visar att två av de svarande instämmer i hög grad att de upplever att det finns tillräckligt med stöd i arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans och tre instämmer i låg grad.

Ekonomisk effekt av åtgärder

Handlingsplanen med åtgärder för att nå en ekonomi i balans omfattar totalt 1 178 miljoner kronor för 2024 för sjukhuset. I tabellen⁴ nedan redovisas

⁴ Siffrorna är hämtade från styrelsens månadsrapporter januari – oktober 2024.

ekonomisk effekt av åtgärder och avvikelse mot prognosen uppdelad per månad 2024.

Miljoner kronor	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Ekonomisk effekt av åtgärder	40,2	67,2	139,5	170	271	415	510	629	728	835
Avvikelse mot prognos	0	-18	0	-32	3	-17	-13	-57	-123	-180

Vid genomgång av månadsrapporterna januari – november 2024 framgår att styrelsen inte når förväntad effekt av åtgärderna för flertalet av månaderna samt att det i planen finns åtgärder med planerad effekt på 376 miljoner kronor (32 procent av totala planen) som har hög risk att inte få effekt under 2024. Styrelsen uppger att anledning till detta är påverkan kring regionala och andra övergripande beslut. Enligt uppgift har en genomgång av alla åtgärder gjorts inför budget 2025 och de som bedöms inte få effekt har strukits och nya åtgärder har tagits fram.

Uppföljning och återrapportering

Styrelsen ska enligt sitt reglemente följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

I vägledning för nämnders och styrelser arbete ska styrelsen rapportera till regionfullmäktige enligt regionstyrelsens anvisningar. Styrelsen ska rapportera/uppmärksamma regionstyrelsen/regionfullmäktige på avvikelser avseende måluppfyllelse eller händelser av större vikt.

Styrelsen får varje månad ta del av månadsrapporter och utdrag från sjukhusområdenas rapporter. I månadsrapporterna redovisas ekonomin och ekonomisk effekt av åtgärderna. I utdrag från sjukhusområdenas rapporter redovisas budgetavvikelse, åtgärdsplaner och sjukhusledningens bedömning att uppnå milstolpe 2 och 3.

Enkätresultatet visar att samtliga instämmer helt/instämmer i hög grad att de upplever att det finns tydliga krav kring vilken information som ska redovisas i månadsrapporterna.

Ekonomiskt resultat och prognos

I tabellen nedan presenteras helårsprognos, regionfullmäktiges godkända underskott, budgetavvikelse och procent av omsättningen, enligt delårsrapport

per augusti 2024. Sjukhusets resultat för helår 2023 uppgick till minus 1 274 miljoner kronor och motsvarade 6,1 procent av omsättningen.

Miljoner kronor	Helårs-prognos	Godkänt underskott	Budgetavvikelse	Procent av omsättningen
Ekonomiskt resultat	- 560	-477	-83	2,4 %

Avvikelsena förklaras främst av högre kostnader för personal och det framgår att antalet medarbetare behöver fortsätta sjunka för nå en ekonomi i balans. Vi noterar att styrelsen följer antalet anställda vid varje styrelsemöte. I månadsrapporten för november framgår att antalet nettoårsarbetare är färre i november 2024 jämfört med november 2023 (-333), men ökar i jämförelse med oktober 2024 (43). Styrelsen har tidigare beslutat om särskild anställningsprövning samt översyn av stab och administration. Detta som ett led för att minska personalkostnader.

Sjukhusledningen bedömer att fyra av sex områden inte kommer att uppnå en ekonomi i balans vid årsskiftet 2024/2025. Två områden bedöms ligga på gränsen att klara detta.

Enkätresultatet visar att:

- samtliga instämmer inte alls/instämmer i låg grad att det finns tillräckliga förutsättningar för att nå en ekonomi i balans för hela sjukhuset.
- fyra instämmer inte alls/instämmer i låg grad att det finns tillräckliga förutsättningar för att nå en ekonomi i balans inom sitt område. En instämmer helt.
- fyra instämmer inte alls/instämmer i låg grad att de upplever att det finns tillräckliga förutsättningar för att nå det godkända resultatet (-477 mnkr) för hela sjukhuset. En instämmer i hög grad.
- tre instämmer inte alls/instämmer i låg grad att det finns tillräckliga förutsättningar för att nå det nya målvärdet inom sitt område. Två instämmer helt/instämmer i hög grad.

Sammantaget framkommer det av fritextsvaren i enkäten att upplevelsen är att det inte finns rimliga förutsättningar för att uppnå en ekonomi i balans.

Av intervju framkommer att styrelsens presidium har regelbunden dialog med regionstyrelsens presidium där det ekonomiska läget och effekt av åtgärdsplaner diskuteras och följs upp. Styrelsen har även tillskrivit regionstyrelsen avseende behov av att få ersättning för producerad vård kopplat till produktions- och kapacitetsplanerade vårdområden.

Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har ett ändamålsenligt arbete med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans.

Bedömningen är att det finns en tydlig styrning i arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans. Granskningen visar att det finns ett strukturerat arbete med att ta fram, följa upp och bedöma att åtgärderna ger den effekt som förväntas. Däremot visar granskningen att styrelsen inte når det godkända underskottet på minus 477 miljoner kronor och inte en ekonomi i balans (milstolpe 3).

Bedömningen är att styrelsen delvis vidtagit tillräckliga åtgärder i de fall åtgärdsplanerna inte ger förväntad effekt. I styrelsens detaljbudget 2024 framgår att vid avvikelser ska kompletterande åtgärder tas fram och beslutas. Vidare framgår i de ekonomiska styrprinciper för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att förslag till åtgärder ska upprättas vid avvikelser. Granskningen visar att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnås och att det inte är helt tydligt om nya åtgärder eller kompletterande åtgärder vidtas när åtgärder inte ger den effekt som förväntas. Vi ser dock positivt på att åtgärder ses över och att det finns ett arbete för att öka takten och genomförbarheten i befintliga åtgärder.


Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig uppföljning och återrapportering av arbetet med åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans. Granskningen visar att det sker en löpande uppföljning av åtgärdsplanerna och att återrapportering har skett i enlighet med regionstyrelsens anvisningar.

Rekommendationer

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen bedömer vi att rekommendationen från 2022 års fördjupade granskning kvarstår.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

- säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.



Revisionsrapport
2024-11-22

Bilaga 3 – Granskning av samverkan med kommun och övriga vårdgivare kring utskrivningsklara patienter

Bakgrund

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård reglerar in- och utskrivningsprocessen för personer som har behov av insatser efter utskrivning från slutenvården. Syftet med lagen är att övergången från slutenvården till öppenvården ska vara trygg och säker för patienten.

Utifrån lagen har Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner kommit överens om en överenskommelse med tillhörande riktlinje för in- och utskrivningsprocessen och hur betalningsansvaret ska regleras i länet. Processen innebär att företrädare för hälso- och sjukvård samt omsorg inom kommun, sjukhus och primärvård, tillsammans med patient och dennes närstående, planerar för fortsatt vård- och omsorg efter utskrivning från sjukhus. Syftet med samordnad vård- och omsorgsplanering är att ge bästa möjliga vård och omsorg för den enskilde.

Av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2023 framkommer att antalet vårddagar för utskrivningsklara har ökat och att det finns ett behov av att arbeta med flödena inom sjukvården. Av årsredovisningen framgår även att ett stort antal dagar inte har kunnat fakturerats på grund av den regionala faktureringsmodell som bygger på en medel-/snittberäkning av betaldagar för respektive kommun. Mot bakgrund av detta har revisionen beslutat att genomföra en fördjupad granskning inom området.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett ändamålsenligt arbete med samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Granskningen avser att besvara följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen säkerställt att det finns rutiner och arbetsätt som följer överenskommelsen vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård?
- Har styrelsen säkerställt att verksamheten samverkar med övriga aktörer för att bidra till att nå målsättningen enligt överenskommelsen vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård?
- Har styrelsen säkerställt att verksamheten arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen?

Revisionskriterier

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

- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (gäller från och med 1 april 2017)
- Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (förlängt till och med 2024-12-31)
- Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys och intervjuer.

Resultat

Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett ändamålsenligt arbete med samverkan kring utskrivningsklara patienter. Resultatet av granskningen redovisas per revisionsfråga.

Har styrelsen säkerställt att det finns rutiner och arbetsätt som följer överenskommelsen vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård?

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver vård på uppdrag från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och i enlighet med de måldokument och strategiska planer som fastställs av regionfullmäktige och den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden. Styrelsen ska även bidra till utvecklingen av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård reglerar in- och utskrivningsprocessen för personer som har behov av insatser efter utskrivning från slutenvården. Utifrån lagen har Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner kommit överens om en överenskommelse med tillhörande riktlinje för in- och utskrivningsprocessen och hur betalningsansvaret ska regleras i länet. Avvikelse från riktlinjen hanteras i enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalandsregionen. I riktlinjen beskrivs in- och utskrivningsprocessens olika steg och aktörernas ansvar i respektive processteg.

Enligt riktlinjen har regionens öppenvård ett ansvar att skicka en vårdbegäran om en patient bedöms ha behov slutenvård. Även den kommunala primärvården samt socialtjänsten ska skicka en vårdbegäran om den enskilde har sådana insatser. Vårdbegäran är en form av informationsöverföring mellan berörda aktörer.

Av genomförda intervjuer framkommer att en stor del av patienterna, som söker akut vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, inte har fått med sig en vårdbegäran från öppenvården som beskriver patientens omvårdnadsbehov, vidtagna åtgärder, pågående insatser med mera. I stället får omsorgscoordinatorer, sjuksköterskor och/eller samordnare på sjukhuset samla in informationen om patienten.

Om behandlande läkare bedömt att den enskilde kan ha behov av insatser efter utskrivning ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda verksamheter. Planeringen pågår från det att ett inskrivningsmeddelande skickas till dess att den enskilde är hemma. Planeringen ska säkerställa att den enskildes behov är omhändertagna. Varje verksamhet ansvarar dels för sin egen planering, dels för samordning och utbyte av information med andra berörda verksamheter och den enskilde. Slutenvården har huvudansvaret för att samordning sker till dess att den enskilde lämnar slutenvården.

När behandlande läkare bedömer att den enskilde inte längre är i behov av slutenvården ska slutenvården meddela berörda verksamheter att patienten är utskrivningsklar samt överföra nödvändig information.

I genomförda intervjuer beskrivs att sjukhuset inte alltid sätter ett realistiskt datum för när patienten bedöms vara utskrivningsklar. Uppfattningen är att sjukhuset behöver förbättra sitt arbete genom att uppdatera i it-systemet SAMSA när patienten förbättras eller försämras. En utmaning som beskrivs vid intervjuerna har varit att om den enskilde bedöms vara i behov av en korttidsplats, blir patienten ofta kvar på sjukhuset, då det i Göteborgs Stad (vilket är den kommun flertalet patienter är folkbokförda i) har långa köer till korttidsboenden.

Vid utskrivning från sjukhus ska den enskilde alltid erbjudas en samordnad individuell planering (SIP) om det efter utskrivning finns insatser från både kommun och region. Om behov finns kan SIP genomföras redan på sjukhuset, det vanligaste är dock att mötet genomförs när den enskilde är utskriven från slutenvården. Slutenvården ska enligt riktlinjen delta vid SIP om sjukhuset är ansvarig part i den fortsatta vården efter vårdtillfället. Slutenvården kan vara huvudansvarig för SIP-möte och ansvarar då för att kalla till uppföljning i de fall slutenvården är fast vårdkontakt¹.

Vid genomförda intervjuer beskrivs att det är fast vårdkontakt, vilket ofta är primärvården, som har ansvar att erbjuda patienten en samordnad individuell planering (SIP) i samband med slutenvårdstillfället om den fortsatta vården ges av två huvudmän. Om patienten tackar ja, är det den fasta vårdkontakten som ansvarar för att kalla berörda verksamheter och patient till ett SIP-möte. Det är sällan aktuellt att genomföra SIP-möte under slutenvårdstillfället utan det görs med fördel i hemmet.

Har styrelsen säkerställt att verksamheten samverkar med övriga aktörer för att bidra till att tiden inom slutenvården, efter att en enskild bedömts som utskrivningsklar, blir så kort som möjlig?

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har enligt reglementet i uppgift att anpassa sin verksamhet så att man bidrar till god ekonomisk hushållning i Västra Götalandsregionen.

Betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter regleras och beskrivs i Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Överenskommelsen grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och bygger på Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland.

¹ Fast vårdkontakt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen (2014:821) 6 kap. 2§.

I överenskommelsen finns den gemensamma målsättning om att enskilda personer, som inte längre har behov av slutenvårdens resurser, omgående ska kunna skrivas ut därifrån på ett tryggt och säkert sätt. Vidare framgår att målsättningen är att antalet dagar som utskrivningsklara patienter är kvar inom slutenvården ska minska. Överenskommelsen är förlängd från 1 december 2020 till den 31 december 2024 och är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland.

Av genomförd dokumentgranskning framkommer att styrelsen framför allt får information om utskrivningsklara patienter i anslutning till delårsrapportering samt årsredovisning.

I styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2023 framgår att antalet vård dagar för utskrivningsklara har ökat och att det finns ett behov av att arbeta med flödena inom sjukvården. Av årsredovisningen framgår även att ett stort antal dagar inte har kunnat fakturerats på grund av den regionala faktureringsmodell som bygger på en medel-/snittberäkning av betaldagar för respektive kommun.

Styrelsen beslutade den 18 augusti 2023 att hos regionstyrelsen initiera bland annat frågan om omförhandling av SAMSA-avtalet som en del i styrelsens handlingsplan för ekonomi i balans. Av ärendet framgår att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset anser att regionen bör frångå medelvärdesberäkningen för utskrivningsklara patienter och i stället börja ta betalt efter de tre betalningsfria karensdagarna. Styrelsen lyfter sedan utmaningarna kring utskrivningsklara patienter i presidiedialoger med ägarutskottet och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden under senhösten 2023. Regionstyrelsen besvarar styrelsens skrivelse den 19 december 2023 med bedömningen att en uppsägning av överenskommelsen riskerar att rubba tillit och förtroende mellan huvudmännen. Fokus ska i stället vara att förbättra det interna samarbetet inom regionen samt med kommunernas vård och omsorg för en god och nära vård.

Av delårsrapport per augusti 2024 framkommer att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har 1 800 dagar, motsvarande ett belopp på 18,9 miljoner kronor, som inte har kunnat faktureras på grund av den regionala faktureringsmodellen.

Vid genomförda intervjuer är uppfattningen att modellen för betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter är ofördelaktig för sjukhuset. Detta då kommunerna måste betala först när medelvärdet överstiger 3,0 dagar, vilket inte har hänt för någon kommun i länet sedan lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård infördes 2017 enligt genomförda intervjuer. Det framkommer även att det inte finns något ekonomiskt incitament för kommunerna att ta hem patienter som är utskrivningsklara i nuvarande

betalningsmodell. Vidare beskrivs att det är viktigt att alla parter samverkar för att tiden på sjukhuset ska bli så kort som möjligt för patienterna genom att arbeta för att de patienter som kan ska få komma hem med den hjälp som de behöver.

Har styrelsen säkerställt att verksamheten arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen?

Av överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården framgår parternas utvecklingsåtagande. För en säker, trygg och effektiv in- och utskrivning från slutenvården ska parterna vidareutveckla planeringsprocessen.

Sedan augusti 2023 har sjukhuset veckomöten med primärvården och Göteborgs Stad gällande utskrivningsklara patienter (övriga kommuner har mycket få utskrivningsklara patienter). Vid genomförda intervjuer är uppfattningen att det finns ett engagemang kring frågorna. En stor andel av de patienter som blir kvar på sjukhuset efter att de är utskrivningsklara bor i Göteborgs Stad, utmaningen för kommunen beskrivs vid intervjuerna vara kommunens storlek och komplexa organisation.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ökat stödet utanför sjukhuset med bland annat närsjukvårdsteam som gör akuta hembesök. Vid genomförda intervjuer är uppfattningen att det går att göra mer förebyggande arbete för exempelvis gruppen sköra äldre för att undvika inläggning på sjukhus.

Vid intervjuer framkommer även att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är engagerade i frågorna och genomför möten med politiker från både primärvård och kommunerna.

I regionen används systemet MedControl PRO för avvikelshantering. I intervjuer beskrivs att ett utvecklingsområde är att använda systemet för en gemensam hantering och lärande av avvikelser. Ett forum för dialog är vårdsamverkan Ledningsgruppen för samverkan (LGS) där alla kommuner, Närhälsan och privata aktörer på chefsnivå deltar.

Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden behandlade den 28 augusti 2024 ärendet "Omhändertagande av de delregionala nämndernas underlag om vårdsamverkan". Nämnden beslutade att beakta tjänsteutlåtandet i arbetet med ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal samt i pågående uppdrag och utveckling av måldokument och strategiska planer. Av tjänsteutlåtandet framkommer bland annat att nämnden uppmärksammar utförarstyrelserna på att det finns behov av rutiner och arbetssätt som tydligt beskriver vad som förväntas av varje vårdsamverkanspart vid exempelvis in- och utskrivningsprocessen.

Sammanfattande bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har ett ändamålsenligt arbete med samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Granskningen visar att det finns rutiner för in- och utskrivningsprocessen men revisionen bedömer att arbetssätt och samverkan fortsatt behöver utvecklas och upprätthållas. Dialog och förståelse kring de olika aktörernas roll i processen blir avgörande för följsamhet till lagstiftning², överenskommelse³ och riktlinje⁴.

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har säkerställt att verksamheten samverkar med övriga aktörer för att bidra till att nå målsättningen enligt den länsgemensamma överenskommelsen vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Granskningen visar att sjukhuset har ett stort antal utskrivningsklara som blir kvar på sjukhuset. Revisionen noterar även att det finns utmaningar kopplat till in- och utskrivningsprocessen, och bedömer utifrån avtal⁵ och överenskommelse⁶ att förutsättningar för effektiva och säkra vårdövergångar behöver säkerställas.

Revisionen bedömer utifrån överenskommelsen⁷ att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har säkerställt att verksamheten arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen. Granskningen visar att flera insatser görs med övriga aktörer samt förebyggande och stödjande insatser utanför sjukhuset.

Vi lämnar inga rekommendationer med anledning av granskningen.

2 Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

3 Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (förlängd till och med 2024-12-31).

4 Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

5 Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (gäller från och med 1 april 2017).

6 Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (förlängd till och med 2024-12-31).

7 Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (förlängd till och med 2024-12-31).

Diarienummer: REV 2024-00047

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 revisionsbedömning 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Skaraborgs sjukhus -
granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024-00047

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson och Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Emelie Duong

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Marie Engström Rosengren och Elving
Andersson

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	6
3. Fördjupad granskning	8
4. Granskning av räkenskaper	10
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	11
6. Bilagor	13
Revisionens uppdrag	27

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- verksamhetsområdets arbete med ekonomi i balans (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 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
<p>Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi</p> <p>Svar 27 juni</p>	<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 att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion. (2023)</p>
<p>Granskning av informationssäkerhet</p> <p>Inget svar</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>[Ingen uppföljning 2024]</p>

<p>Granskning av effekter av åtgärdsplaner</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen (2022).</p> <p>[Ingen uppföljning 2024]</p>
<p>Granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga</p> <p>Inget svar</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> <p>[Ingen uppföljning 2024]</p>

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister vad gäller styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.1.1 Arbete med regionfullmäktiges mål

Skaraborgs sjukhus presenterar i sin årsredovisning uppföljning av regionfullmäktiges mål och fokusområden. I en bilaga sammanställs alla bedömningar och i en annan presenteras utfall på indikatorer i den mån det finns mätresultat. I årsredovisningen redogörs för genomförda och pågående aktiviteter med hjälp av statistik, diagram och analyser. Måluppfyllelsen i delårsbokslut augusti visade på att de fyra verksamhetsmålen var delvis uppfyllda och detsamma gällde de båda medarbetarmålen. I årsredovisningen har målet om att "sjukvårdens köer ska kortas och tillgängligheten ska öka för en mer jämlik vård" fått

bedömningen att det inte uppnås medan bedömningen för övriga mål kvarstår.

Vi har noterat att uppföljningen visar på avvikelse mot mål och fokusområde men att det inte ingår en transparent redovisning över vilka åtgärder som kommer vidtas för en ökad måluppfyllelse i enlighet med rutin.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2.1 Styrelsens styrning

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus uppvisar ett resultat för 2024 på minus 93 miljoner kronor (föregående år -413 miljoner kronor). Årets underskott motsvarar 1,7 procent av omsättningen. Resultatet är 50 miljoner kronor bättre än det av regionfullmäktige tillåtna underskott för Skaraborgs sjukhus på minus 143 miljoner kronor. Det ekonomiska resultatet är därmed inom ramen för av regionfullmäktige fattat beslut. Resultatet är även 97 miljoner kronor bättre jämfört med prognos i delår april samt 50 miljoner kronor jämfört med ekonomisk prognos i samband med delår augusti.

2.2.2 Styrelsens arbete med åtgärder för en ekonomi i balans

I detaljbudget 2024 beskrev styrelsen en ekonomisk utmaning för 2024 om 230 miljoner kronor. I detaljbudgeten fanns preciserat åtgärder om totalt 230 miljoner kronor för att närma sig en ekonomi i balans. Styrelsen tilldelas i april ett tillkommande förstärkt sektorsbidrag (statsbidrag) på 111 miljoner kronor av regionfullmäktige. I delårsrapport april, augusti och i månadsrapporter gjordes bedömningen att sjukhuset skulle ha en ekonomi i balans till årsskiftet. Styrelsen uppnår på helår 2024 ett utfall för sitt arbete med åtgärder på 266 miljoner kronor enligt årsredovisning 2024.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi granskat.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen och/eller tidigare granskning visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Verksamhetsområdets arbete med ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Bristande intern styrning och kontroll av ekonomin riskerar att medföra att planerade aktiviteter för en ekonomi i balans under 2024 inte genomförs enligt plan och att sjukhuset gör ett ekonomiskt underskott. Rapporten finns i bilaga 1.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. Granskningen syftade även till att bedöma om styrelsen har säkerställt en tillräcklig kontroll av ekonomiska åtgärder och dess genomförande.

Revisionen bedömer att Skaraborgs sjukhus har en styrning som säkerställer att verksamheten bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. De ekonomiska åtgärderna har brutits ned i tydliga, tidsatta och beräknade

åtgärdsplaner med ansvarsfördelning per verksamhetsområde. Löpande uppföljning och analys av åtgärder sker genom månadsrapporter, ekonomisamtal samt uppföljning i verksamhetsplaner, och styrelsen får regelbundna rapporter om åtgärdsprogrammets genomslag.

Vid behov har styrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa måluppfyllelsen, inklusive beslut om anställningsstopp, strukturförändringar och riktade effektiviseringskrav. Helårsutfallet för 2024 visar att sjukhuset uppnått en kostnadseffekt motsvarande 266 miljoner kronor, vilket överstiger effektiviseringskravet på 230 miljoner kronor. Dock kvarstår ekonomiska utmaningar inför 2025, där ytterligare åtgärder krävs för att hantera en ingående budgetobalans.

Sammanfattningsvis bedöms styrelsen ha säkerställt en tillräcklig kontroll av ekonomiska åtgärder och dess genomförande. Styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål även om en fortsatt anpassning och kontroll krävs för att möta framtida ekonomiska utmaningar.

3.2 Granskning av ny politisk organisation

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i december 2024. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om ärenden kring hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götalandsregionen hanterats ändamålsenligt.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, delregional nämnd östra och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att ärenden kring hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering i Västra Götalandsregionen delvis har hanterats ändamålsenligt.

Revisionen bedömer att berörda nämnder och styrelser delvis har följt fastställd process för utbudspunktsförändringar. Vidare bedömer vi att ansvar och roller i arbetet med hälso- och sjukvårdens utbud och lokalisering delvis har förtydligats sedan införandet av den nya politiska organisationen.

Revisionen lämnade inga rekommendationer till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

4 Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5 Uppföljning av tidigare 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 följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Ekonomi – Ekonomistyrning (2023), se 3.1

5.1 Uppföljning av bemanning- och kapacitetsplanering

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

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

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom att ta del av styrelsens yttrande, dokumentgranskning och i dialog med ledning och styrelse. Uppföljningen visar att arbete pågår med att införa en ny struktur för en sammanhållen systematik i tillgänglighets- och produktionsledningssystem men att arbetet inte är slutfört.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna. Rekommendationerna kvarstår.

5.2 Uppföljning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskade styrelsens interna kontroll i redovisningsrutiner 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillses att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar egen bokföringsorder.
- Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med ledning och styrelse. Uppföljning visar att det från och med 2024-01-01 krävs dubbel attest för manuella bokningar i ekonomisystemet.

5.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

5.3 Uppföljning av åtgärdsplaner

Revisionen granskade styrelsernas arbete med åtgärdsplan för ekonomi i balans 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog dokumentgranskning samt i dialog med ledning, styrelse och tjänstepersoner. Uppföljning visar att det finns ett samarbete mellan sjukhuset och andra regionala sjukhus. Det finns ett samarbete mellan regionens ekonomichefer och direktörer samt flera olika samarbetsforum för andra funktioner på olika organisatoriska nivåer. Exempelvis gällande budget men även för produktion och medarbetare. Regiongemensamma grupperingar av åtgärder har tagit fram för planering och uppföljning. Respektive sjukhus inom regionen skickar månadsvis information om åtgärder och utfall till en regiongemensam databas, där en uppföljningsrapport sammanställer samtliga åtgärder och utfall.

5.3.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

5.4 Uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Revisionen granskade styrelsens systematiska arbetsmiljöarbete 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att samtliga verksamheter genomför årlig skyddsrund.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och genom att ta del av styrelsens yttrande. Uppföljningen visar på att det finns beslut och rutin om veckovisa skyddsmöten inom alla verksamheter. Syftet är att ge ett verktyg för snabb avstämning veckovis gällande det systematiska arbetsmiljöarbetet utifrån arbetsbelastning, övertid, extrapass och olycka/tillbud den gångna veckan samt bemanning, beläggning, vårdomfattning och planerade händelser som kan påverka enheten kommande vecka. Mötet genomförs veckovis eller tätare vid behov, deltagare är chef/skyddsombud för enheten/verksamheten deltar, chef ansvarar för kallelse och dokumentation i modulen för systematiskt arbetsmiljöarbete.

5.4.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

6. Bilagor



Verksamhetsområdets arbete med ekonomi i balans

Bakgrund

Av riktlinje¹ framgår att arbete med en verksamhet och ekonomi i balans ska vara centralt för samtliga styrelser. Skaraborgs sjukhus har implementerat ett nytt ledningssystem under med större fokus på verksamhetsstyrning för att nå en ekonomi och verksamhet i balans.

Under 2023 gjorde Skaraborgs sjukhus ett ekonomiskt minusresultat gentemot budget på 413 miljoner kronor. Vid årets slut hade verksamheter löpande visat lägre resultat för ekonomiska besparingar än planerat. Uppföljning av åtgärdsarbetet på verksamhetsnivå per december månad 2023 visade en uppnådd kostnadseffekt på drygt 125 av 350 miljoner kronor.

Bristande intern styrning och kontroll av ekonomin riskerar att medföra att planerade aktiviteter för en ekonomi i balans under 2024 inte genomförs enligt plan och att sjukhuset gör ett ekonomiskt underskott.

Revisorskollegiet har därmed beslutat att genomföra en fördjupad granskning av styrelsens styrning, kontroll och uppföljning av verksamhetsområdenas arbete med en ekonomi i balans.

Granskningens syfte är att bedöma om styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Har ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydlig planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning?
- Finns det en löpande uppföljning och analys av åtgärder?
- Vidtas vid behov åtgärder för att säkerställa måluppfyllelsen?

¹ Regiongemensamma riktlinjer för detaljbudget 2023 och 2024 samt inriktning 2025 (RS 2022-02499).

Avgränsning

Granskningen avgränsas till verksamhetsområdets ekonomiska arbete för en budget i balans. Styrelsens övergripande arbete och ekonomiskt beslutsfattande hanteras i den årliga granskningen.

Revisionskriterier

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

- **Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)**

Styrelser ska ha en styrning som säkerställer att verksamheten är effektiv och att verksamheten bedrivs enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt.

- **Vägledning för nämnder och styrelser arbete (Rs 2017–04735)**

Styrelser ska driva verksamheten och uppmärksamma och omhänderta avvikelser från politiskt fattade beslut.

Metod

- Dokumentanalys genomförs av relevant dokumentation
- Intervjuer genomförs med verksamhetschefer och vid behov ytterligare funktioner centrala för arbetet med ekonomi i balans.

Har ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydligt planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning?

Av Skaraborgs sjukhus budget 2024 framgår en bedömd obalans på 460 miljoner kronor och ett prognosticerat minusresultat på 230 miljoner kronor vilket medför ett effektiviseringskrav på 230 miljoner ställt på verksamhetsområden och stab. Effektiviseringskrav är främst riktat mot personalkostnader men ett effektiviseringskrav är också riktat mot övriga påverkbara kostnader som medicinskt material, läkemedel, laboratorieanalyser och hjälpmedel, där arbetet med kloka kliniska val förväntades ge en effekt på drygt 20 miljoner kronor.

Styrelsen har tagit fram en långsiktig plan för en ekonomi i balans som sträcker sig fram till 2027, detta för att skapa ett mer rimligt effektiviseringskrav på verksamheter 2024 och framåt. Kravet tar hänsyn till styrelsens beslut om strukturförändringar, möjliga effekter kopplat till övergripande regionalt förbättringsarbete godkända av RSLE (Regional Särskild Ledning för Ekonomi i balans) samt verksamhetens egna identifierade åtgärdsförslag. En långsiktig plan uppges skapa förutsättningar i verksamheten att nå en ekonomi i balans. Styrelsen lägger vikt vid att det finns beslut som stödjer effektiviseringskravet, som exempelvis beslut om strukturförändring och beslut om anställningsstopp/anställningsrestriktion. Av den långsiktiga planen framgår vidare att risk finns att om hela obalansen läggs ut på verksamheten, utan koppling till inriktningsbeslut så kan målen bli ouppnåeliga, vilket kan leda till att verksamheten tappar motivation till förändring.

Sjukhusdirektör fattade 2023-11-28 (SKAS 2023-00627) verkställighetsbeslut om budgetbelopp samt målvärde för vissa kostnadsgrupper per verksamhetsområde. All budget förutom personalkostnaden ligger på sjukhusövergripande ansvar. För övriga kostnadsposter har dock målvärden tagits fram för verksamhetsområden.

Effektiviseringskrav per Vo 2024 (mnkr)	Vo1	Vo2	Vo4	Vo7	Sjukhusövergripande	Totalt SkaS
Löner och sociala Avgifter	-0,8	-7,4	-25,9	-23,1		-158,0
Köpta granskningstjänster		-15,0				-15,0
Bemanningsföretag	-4,0	-6,0		-1,5		-15,0
Hyreskostnad					-15,0	-15,0
Läkemedel	-1,2	-2,0	0,0	-6,0		-15,0

Medicinskt material	-0,6	-1,1	-0,1	-0,8		-5,2
Lab	-0,7	-0,7	0,0	-1,0		-4,5
Hjälpmedel	-0,1	-0,3	0,0	-0,6	-0,8	-2,4

Tabellen 1 – åtgärder för ett urval av sjukhusets verksamhetsområden

Samtliga verksamhetsområden och stab tar fram åtgärdsplaner som omfattar belopp enligt effektiviseringskrav enligt sjukhusdirektörens beslut. Månadsvis sammanställs verksamhetsområdets åtgärdsplaner med detaljerat utfall och prognosticerad kostnadseffekt för året.

Granskade åtgärdsplaner visar att liknande åtgärder har beskrivits som separata. Till exempel har ett verksamhetsområde fyra angivna åtgärder inom personalområdet: i) 1,5 tjänster som har slutat ersätts inte, ii) personalstyrkan minskas med 1 tjänst, iii) totalt 3,2 tjänster hålls vakanta, och iv) en tandsköterska ersätts inte. Dessutom berör flera andra åtgärder övertid, och det är svårt att avgöra om den förväntade ekonomiska effekten kan uppnås när flera åtgärder påverkar samma område. Exempelvis finns åtgärder som syftar till långsiktig personalplanering för att minska övertid samtidigt som det finns specifika åtgärder för att minska övertid.

Uppföljning

Åtterrapporing av åtgärdseffekter sker månadsvis till styrelsen som därmed har möjlighet att komplettera med ytterligare effektiviseringskrav. Styrelsen har följt upp det ekonomiska arbetet per verksamhetsområde och åtgärdstyp samt den bedömda ekonomiska effekter, det ackumulerade utfallet samt prognosen för helåret.

Internt på verksamhets- och enhetsnivå sker uppföljning i samband med uppföljning av verksamhetsplan årligen. Utöver detta håller sjukhusdirektör och ekonomichef ekonomisamtal med respektive verksamhetschef flertalet gånger under året, gällande status av åtgärdsarbetet och genomgång av ytterligare åtgärder som eventuellt tillkommit. Verksamheten arbetar kontinuerligt med åtgärder under året och respektive verksamhetsområdes åtgärdsplan uppdateras löpande.

Uppföljning per november av åtgärdsarbetet visade på en uppnådd kostnadseffekt på 215 miljoner kronor. Helårsprognosen uppgick till 251 miljoner kronor varav 130 miljoner kunde kopplas till genomförd utbudsförändring. Det framgick vidare av uppföljningen i november att orsaken till negativ prognos för stab/övergripande nivå var justering för oklarheter i åtgärdsplanen. Övriga verksamhetsområden rapporterade en positiv avvikelse gentemot effektiviseringskravet vid slutet av året.

I samband med att årsredovisningen 2024 presenterades för styrelsen följdes årets arbete med åtgärder för en ekonomi i balans upp. Uppföljningen visade på en ekonomisk effekt om 266,4 miljoner kronor för helåret. Uppföljningen visat att utbudsförändring tillsammans med åtgärder inom personal gett störst ekonomisk effekt och samtliga verksamhetsområden klarar sitt angivna effektiviseringskrav. Totalt bedöms åtgärdsprogrammet genererat ett resultat på 266 miljoner kronor jämfört med kravet på 230 miljoner kronor.

Revisionen har även noterat att styrelsen löpande följt upp åtgärdsprogrammets effekter på arbetsmiljön.

Intern kontroll

Uppföljning utöver ordinarie uppföljning av åtgärdsprogram har genomförts enligt styrelsens beslutade intern kontrollplan i maj och september. I maj framgår att strukturella förändringar och beslut om anställningsstopp bidragit till en minskning av antalet nettoårsarbetare med 180 fram till mars månad, vilket gett en ekonomisk effektivisering. Minskningen av akutbesök på SkaS och omfördelning till NÄL och Alingsås har påverkat vårdflöden och kostnaderna för personal och akutvård har delvis kunnat reduceras. Samtidigt har hög beläggningsgrad och försämrade genomloppstider på akuten framhävt behovet av åtgärder för att förbättra verksamhetens kapacitet och kostnadseffektivitet.

Av uppföljningen i september så framgick att strukturella förändringar och anställningsstopp har lett till minskade kostnader och akutbesök men bidragit till hög beläggningsgrad och längre genomloppstider. Flera åtgärder uppgavs i uppföljningen pågå för att minska belastningen och förbättra flöden, särskilt genom samverkan och utveckling av nya arbetssätt.

Styrelsens vidtagna åtgärder

Styrelsen har inte fattat några beslut om åtgärder med anledning av den återsrapportering av ekonomin som skett under året. Styrelsen har dock fattat beslut relaterade till konsekvenser av åtgärder för en ekonomi i balans. Bland annat relaterat till arbetsmiljö, anställningsstopp och akutflödet.

Styrelsen fattade beslut den 5 juni i samband med återsrapportering om kostnadseffektivitet och förbättrad produktivitet. Styrelsen gav sjukhusdirektören i uppdrag att återkomma under hösten med en mer detaljerad genomlysning av åtgärder för produktivitet och effektivitet.

Styrelsen har även fattat beslut att ge sjukhusdirektör i uppdrag att löpande presentera handlingsplan för akutmottagningens akutflöde den 5 september och tagit del av åiterrapportering 25 oktober, 29 november och 11 december.

Budget 2025

Styrelsen fattade beslut om budget 2025 i november 2024. Av antagen budget framgår en strikt ekonomisk styrning med fokus på kostnadsminskningar, intäktsoptimering och skuldåterbetalning. Samtidigt förväntas en effektivisering av verksamheten genom digitalisering och förändrade arbetssätt.

Skaraborgs sjukhus står inför utmaningen att uppnå en ekonomi i balans för 2025, vilket kräver åtgärder motsvarande 200 miljoner kronor. Den ingående obalansen från 2024 uppgår till 150 miljoner kronor, och ytterligare obalans tillkommer under 2025. För att möta detta har åtgärder för 150 miljoner kronor identifierats, bland annat minskad administration, utfasning av bemanningsföretag, förändrad vårdplatsstruktur och kloka kliniska val. Dessa åtgärder inkluderar även en fortsatt minskning av personal genom effektiv bemanningsmix, rotationstjänster och digitala lösningar.

Förväntade intäktsökningar på 30 miljoner kronor är kopplade till satsningar på elektiv vård och tilläggsuppdrag, där vården i Lidköping bidrar till effektivare flöden och minskat behov av vårdplatser. Samtidigt ska sjukhuset återbetala 37 miljoner kronor av en skuld från 2022 under 2025, med resterande 303 miljoner kronor att hanteras 2026 enligt regionens regelverk.

Utmaningarna för 2025 är betydande, då kostnadsminskningar måste balanseras med regionens mål och beställningar. Osäkerhet råder kring effekten av planerade personalminskningar och prisökningar. Dessutom återstår att identifiera ytterligare åtgärder för att täcka resterande 50 miljoner kronor. Budgeten för 2025 visar en tydlig prioritering av ekonomisk styrning, intäktsoptimering och skuldhantering, samtidigt som verksamheten förväntas effektiviseras genom digitalisering och förändrade arbetssätt.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Har ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydligt planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning?

Enligt *Policy för styrning* ska styrningen säkerställa att verksamheten är effektiv och följer målen. Revisionen bedömer att styrelsen säkerställt att ekonomiska åtgärder brutits ned i tydligt planerade, tidsatta och beräknade effekter av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning. Revisionen har noterat att ekonomiska åtgärder är dokumenterade i detaljerade åtgärdsplaner per verksamhetsområde, där ansvar för åtgärder har tilldelats verksamhetschefer.

Bedömning: Revisionen bedömer att ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydligt planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning.

Revisionsfråga 2: Finns det en löpande uppföljning och analys av åtgärder?

Enligt *Vägledning för nämnder och styrelserns arbete* ska avvikelser från beslut uppmärksammas och hanteras. Vi har noterat att åtgärder följs upp månadsvis i respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan via systemet plan och styr. Verksamhetsområdenas ledningsgrupper prioriterar åtgärdsarbetet och inkluderar det som en fast punkt på dagordningen, med regelbundna månadsrapporter på verksamhets- och enhetsnivå. Sjukhusdirektör och ekonomichef håller återkommande ekonomisamtal med verksamhetschefer för att säkerställa kontinuerlig analys och uppföljning av åtgärdsarbetet. En samlad uppföljning har presenterats löpande för styrelsen under året.

Bedömning: Revisionen bedömer att det finns en löpande uppföljning och analys av åtgärder.

Revisionsfråga 3: Vidtas vid behov åtgärder för att säkerställa måluppfyllelsen?

Enligt *Regiongemensam rutin för detaljbudget* ska budgeten innehålla åtgärder för att säkerställa balans. *Policy för styrning* anger att styrelser ska ha en styrning som säkerställer att verksamheten bedrivs enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt.

Bedömning: Revisionen bedömer att styrelsen har vidtagit åtgärder för att säkerställa måluppfyllelse vid behov.

Sammanfattande bedömning

Revisionen bedömer att Skaraborgs sjukhus har en styrning som säkerställer att verksamheten bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. De ekonomiska åtgärderna har brutits ned i tydliga, tidsatta och beräknade

åtgärdsplaner med ansvarsfördelning per verksamhetsområde. Löpande uppföljning och analys av åtgärder sker genom månadsrapporter, ekonomisamtal samt uppföljning i verksamhetsplaner, och styrelsen får regelbundna rapporter om åtgärdsprogrammets genomslag.

Vid behov har styrelsen vidtagit åtgärder för att säkerställa måluppfyllelsen, inklusive beslut om anställningsstopp, strukturförändringar och riktade effektiviseringskrav. Helårsutfallet för 2024 visar att sjukhuset uppnått en kostnadseffekt motsvarande 266 miljoner kronor, vilket överstiger effektiviseringskravet på 230 miljoner kronor. Dock kvarstår ekonomiska utmaningar inför 2025, där ytterligare åtgärder krävs för att hantera en ingående budgetobalans.

Sammanfattningsvis bedöms styrelsen ha en styrning som stödjer arbetet med en ekonomi i balans, även om fortsatt anpassning och kontroll krävs för att möta framtida ekonomiska utmaningar.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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

Diarienummer: REV 2024-00048

Revisionsberättelse 2024 för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

Vi, revisorer utsedda av fullmäktige i Västra Götalandsregionen, har granskat styrelsens verksamhet under 2024.

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 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 och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Årets granskning av styrelsen redovisas i revisionsrapporten som bifogas.

Vänersborg den 19 mars 2025

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
2025-03-19

Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus

– granskning av verksamhetsåret 2024

Datum: 2025-03-19

Dokumentnamn: Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2024

Diarienummer: Rev 2024–00048

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson och Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Emelie Duong

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Carina Gustavsson och Bo-Lennart Bäcklund

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	7
3. Fördjupad granskning	11
4. Granskning av räkenskaper	14
5. Uppföljning av tidigare rekommendationer	15
6. Bilagor	17

1. 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.

Varje år granskar revisionen styrelsens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- verksamhetsområdenas arbete med ekonomi i balans (fördjupad granskning)
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen delvis har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

Styrelsen redovisar ett resultat på minus 133 miljoner kronor (en avvikelse på 2,9 procent av omsättningen) och når därmed inte regionfullmäktiges beslutade godkända underskott på minus 123 miljoner. Vi noterar att styrelsen under året har arbetat för att förbättra sitt resultat från 2023. Sjukhusets resultat för helåret 2023 uppgick till minus 328 miljoner kronor (en avvikelse på 7,6 procent av omsättningen).

Utifrån den fördjupade granskningen av verksamhetsområdets arbete med ekonomi i balans, bedömer revisionen att styrelsen delvis har säkerställt att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. Styrelsen har kontinuerligt tagit del av ekonomisk information och vidtagit vissa åtgärder för att stärka genomförandet av beslutade åtgärdsprogram. Dock bedömer vi att uppföljningen av åtgärdernas effekt och genomförandekraften har brister, vilket riskerar att försvåra möjligheten att nå de ekonomiska målen.

Vidare bedömer revisionen att sjukhuset har arbetat med åtgärder för att minska kostnader, men att effekten av dessa i flera fall har varit svår att kvantifiera och att prognosarbetet har innehållit osäkerheter.

I övrigt visar granskningen på brister i styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål. Styrelsen har följt upp och lämnat prognos för tilldelade mål och fokusområden i delårsrapporterna per april och per augusti. I årsredovisningen bedöms utfallet av årets arbete med mål och fokusområden. Samtliga mål bedöms som delvis uppnådda, och endast tre fokusområden bedöms som uppnådda. Vi bedömer att styrelsen inte har redovisat vilka eventuella åtgärder som har eller kommer att vidtas för en ökad måluppfyllelse enligt regionens anvisningar.

Vidare bedömer revisionen att styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus inte har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan vid införandet av Millennium.

1.1 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
<p>Grundläggande granskning avseende styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden</p> <p>Inget svar</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden omfattar redovisning av indikatorers utfall samt prognos och bedömning av måluppfyllelse (2024).</p>
<p>Grundläggande granskning avseende ekonomi</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>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).</p>
<p>Granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga</p> <p>Inget svar</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> <p>[Ingen uppföljning 2024]</p>
<p>Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi</p> <p>Svar 27 juni</p>	<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>

<p>Granskning av Millennium</p> <p>Inget svar</p>	<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> <p>[Ingen uppföljning 2024]</p>
<p>Granskning av effekter av åtgärdsplaner</p> <p>Svar 27 juni</p>	<p>Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syfte med omställningen (2022).</p> <p>[Ingen uppföljning 2024]</p>

2. Grundläggande granskning

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

Den grundläggande granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på styrelsens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt. Den innefattar granskning av styrelsens budget, protokoll, beslutsunderlag, delårsrapporter, årsredovisning samt följsamhet till reglemente, regler och rutiner.

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

Styrelsen ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lagar och författningar samt enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har i budgeten fastställt mål och fokusområden som nämnder och styrelser ska tillämpa och bryta ner i sin planering av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller redovisning av arbete med regionfullmäktiges mål. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.1.1 Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål

Styrelsen har arbetat med fem av regionfullmäktiges mål samt 13 fokusområden.

I årsredovisningen bedöms utfallet av årets arbete med mål och fokusområden. Samtliga mål bedöms som delvis uppnådda, och endast tre fokusområden bedöms som uppnådda.

I koncernkontorets rutin samt tillhörande rubrikstruktur och anvisningar framgår hur uppföljning och bedömning av måluppfyllelse för regionfullmäktiges mål ska genomföras. Den samlade bedömningen för

respektive mål ska baseras på utfall av identifierade indikatorer, fokusområden, aktiviteter, underliggande verksamheters målbedömningar samt andra väsentliga omvärldsfaktorer som påverkar utfallet. Status och prognos för måluppfyllelse av fokusområden ska redovisas i delårsrapporten i april, medan målen ska följas upp i delårsrapporten i augusti. En sammanfattande status för både mål och fokusområden ska presenteras i årsredovisningen.

Enligt rutinen ska styrelserna under året lämna delårsrapporter per april och augusti samt årsredovisning. Vid uppföljningen ska en redogörelse och analys av resultatet, inklusive kommentarer om effekter och konsekvenser samt orsaker till större avvikelser genomföras. Om uppföljningen visar avvikelser ska styrelsen redovisa vilka åtgärder som planeras för att öka måluppfyllelsen. Vid bedömning av måluppfyllelsen ska följande punkter kommenteras enligt anvisningarna:

- Övergripande sammanfattning av arbetet med fokusområde eller mål och vad det lett till. Utfall för indikatorer och aktiviteter kopplade till mål/fokusområden ska vara underlag för sammanfattning och analys.
- Målbedömning enligt status grön, gul, röd. Prognosen ska baseras på samlad bedömning av punkten ovan.
- Beskrivning av fortsatta arbetet. I de fall mål eller fokusområdet bedöms som rött eller gult ska de åtgärder som verksamheten planerar vidta för måluppfyllelse beskrivas.

Indikatorer ska redovisas i delårsrapport och årsredovisning, med koppling till respektive mål och fokusområde. För varje indikator redovisas dess namn, utfall för de två föregående åren (om möjligt), samt innevarande års utfall och regionalt måltal. Status på aktiviteter ska anges som pågående, planerad, pausad eller avslutad. En kortfattad beskrivning ska lämnas om aktiviteterna genomförs/har genomförts enligt plan och om önskad effekt bedöms uppnås. Orsaker och konsekvenser av eventuella aktiviteter som inte har genomförts enligt plan ska redovisas.

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

Vår granskning har visat på avvikelser i rapporteringen gentemot koncernens anvisningar. Vi har noterat att indikatorer inte redovisas under samtliga mål och fokusområde i uppföljningen. Vidare har vi noterat att det

i målbedömning och prognos inte alltid på ett transparent sätt framgår hur målbedömning genomförts. Revisionen har också noterat att det inte alltid framgår vilka åtgärder som krävs för att målet ska nås vid redovisad bristande måluppfyllelse.

2.2 Ekonomi

Styrelsen ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av regionfullmäktige och vidtar åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås. Styrelsen ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrelsens styrning. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.2.1 Styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin

Styrelsen ska enligt sitt reglemente följa det som fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att styrelsen ska fullgöra. Regionfullmäktige beslutade i april 2024 om ett godkänt underskott för styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus på minus 123,5 miljoner kronor.¹

Granskningen visar att verksamheten inte bedrivits inom de ekonomiska ramarna. Årsbokslutet visar på ett resultat på minus 133 miljoner kronor vilket motsvarar 2,9 procent av omsättningen (föregående år -328 miljoner kronor). Sjukhuset når därmed inte regionfullmäktiges beslutade godkända underskott på 123,5 miljoner kronor, utan redovisar en avvikelse på minus 9,5 miljoner kronor vilket motsvarar 0,2 procent av omsättningen.

Fram till och med september visade sjukhusets ekonomiska prognos att sjukhuset skulle nå godkänt underskott. Styrelsen bedömer i årsredovisningen att det ekonomiska resultatet delvis är en konsekvens av införandet av Millennium.

Åtgärdsplan för ekonomi i balans

¹ Protokoll från regionfullmäktige 2024-04-09 § 69 Västra Götalandsregionens detaljbudget 2024–2026.

Granskningen visar på att styrelsen beslutat om handlingsplan för att nå en ekonomi i balans om 150 miljoner kronor 2024.

Eftersom inte tillräckligt ekonomiskt resultat av åtgärder kunde ses i delår april gavs sjukhusdirektören ett uppdrag av styrelsen att öka genomförandekraften i redan beslutade åtgärder och återkomma med förslag på ytterligare åtgärder. Beslut om ett förstärkt omställningsprogram för en ekonomi i balans fattades därför innan sommaren. Trots beslut visar granskningen på att förväntad effekt av planen inte uppnås och effekten av åtgärderna per december uppgick till 74 miljoner kronor.

2.3 Intern kontroll

Styrelsen ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern kontroll och att riskhantering och kontroller sker inom väsentliga områden.

Styrelsen ska även följa upp den interna kontrollen och vid behov besluta om åtgärder. Styrelsen bör även årligen utvärdera sina interna arbetsformer och sin styrning av verksamheten.

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen delvis har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat. Granskningen visar på brister vad gäller rapporteringen av regionfullmäktiges mål samt styrning, uppföljning och rapportering av ekonomin.

Granskningen visar att styrelsen har följt upp och lämnat prognos för tilldelade mål och fokusområden i delårsrapporterna per april och per augusti. I årsredovisningen bedöms utfallet av årets arbete med mål och fokusområden. Samtliga mål bedöms som delvis uppnådda, och endast tre fokusområden bedöms som uppnådda. Vår granskning visar att styrelsen i redovisningen bör förtydliga hur bedömning av måluppfyllelsen är gjord utifrån utfall av indikatorerna. Avslutningsvis bedömer vi att styrelsen inte har redovisat vilka eventuella åtgärder som har eller kommer att vidtas för en ökad måluppfyllelse enligt regionens anvisningar.

Granskningen visar på att verksamheten delvis har bedrivits inom de ekonomiska ramarna. Styrelsen redovisar ett resultat på minus 133 miljoner kronor och når därmed inte regionfullmäktiges beslutade godkända underskott på 123,5 miljoner kronor. Vidare visar granskningen att förväntad effekt för åtgärdsplaner inte uppnås.

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden omfattar redovisning av indikatorers utfall samt prognos och bedömning av måluppfyllelse.

3. Fördjupad granskning

Nedan presenteras fördjupade granskningar som har genomförts där riskanalysen och tidigare granskning visat att den grundläggande granskningen inte har varit tillräcklig.

3.1 Verksamhetsområdets arbete med ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Bristande intern styrning och kontroll av ekonomin riskerar att medföra att planerade aktiviteter för en ekonomi i balans under 2024 inte genomförs enligt plan och att sjukhuset gör ett ekonomiskt underskott. Rapporten finns i bilaga 1.

Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. Granskningen syftade även till att bedöma om styrelsen har säkerställt en tillräcklig kontroll av ekonomiska åtgärder och dess genomförande.

Vår sammanfattande bedömning är att styrelsen delvis har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. Styrelsen har kontinuerligt tagit del av ekonomisk information och vidtagit vissa åtgärder för att stärka genomförandet av beslutade åtgärdsprogram. Dock bedömer vi att uppföljningen av åtgärdernas effekt och genomförandekraften har brister, vilket riskerar att försvåra möjligheten att nå de ekonomiska målen.

Vidare bedömer revisionen att sjukhuset har arbetat med åtgärder för att minska kostnader, men att effekten av dessa i flera fall har varit svår att kvantifiera och att prognosarbetet har innehållit osäkerheter.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i granskningen uppmanar vi styrelsen att fortsätta arbetet med åtgärdsprogram för ekonomi och verksamhet i balans i enlighet med tidigare lämnad rekommendation.

3.2 Produktionspåverkan vid införandet av program Millennium

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i oktober 2024. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om ansvariga styrelser och nämnd har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Granskningen syftade även till att bedöma om ansvariga styrelser har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning för att minska produktionspåverkan vid införandet av program Millennium. Vi bedömer att styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, har säkerställt detta.

Vidare bedömer revisionen att regionstyrelsen, styrelsen för Närhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus inte har säkerställt en tillräcklig kontroll av patientsäkerheten kopplat till produktionspåverkan. Vi bedömer att styrelsen för Regionhälsan delvis har säkerställt detta.

Revisionen lämnade inga rekommendationer till styrelsen.

3.3 Omställningen av hälso- och sjukvården

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2025. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med årets granskning har varit att bedöma om styrningen av arbetet med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i praktiken är ändamålsenlig och om det sker nödvändig förflyttning till nära vård.

Vi har granskat hur berörda nämnder har verkat för att omställningen av hälso- och sjukvården inför 2025 har arbetats in i uppdrag till sjukhusen respektive i krav- och kvalitetsböcker (förfrågningsunderlagen) för de båda vårdvalen. Vi har även granskat förutsättningarna för förflyttningen till nära vård, både genom processer för ordnat överförande av vård och genom arbetet med nära vård delregionalt i norra och södra Västra Götalandsregionen.

Nära vård innebär bland annat att den vård som invånaren behöver ofta ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov. Det kan handla om hög kontinuitet och kontakt fysiskt eller genom digitala vårdtjänster. Målet är att skapa en vård med ökad trygghet, kvalitet, kontinuitet och effektivitet. Nära vård bygger på samverkan på flera nivåer mellan verksamheter men framför allt mellan region och kommunerna.

Granskningen omfattade strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, delregional nämnd norra, delregional nämnd södra, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för NU-sjukvården och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att styrningen med att omsätta strategi för omställningen av hälso- och sjukvården i huvudsak är ändamålsenlig. Vi bedömer dock att arbetet endast delvis leder till en tillräcklig förflyttning till nära vård. Grunden för denna bedömning är dels att uppdrag och förfrågningsunderlag inför 2025 inte skapar bättre förutsättningar för stärkt kompetensförsörjning, tillgänglighet och kontinuitet inom primärvården. Dels den strukturella utmaningen avseende kompetensförsörjning inom primärvården som hindrar en mer effektiv förflyttning till nära vård, framför allt i glesbygden. Vi bedömer även att det finns ett behov av att berörda nämnder och styrelser delregionalt verkar för

att tydliggöra vilka frågor som hanteras i vilka delregionala forum och vilka parter som behöver delta för att få till ett ökat genomförande av nära vård.

Revisionen lämnar ingen rekommendation till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Revisionen rekommenderar den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden att

- säkra och påskynda de förutsättningar som krävs för att få till den tänkta resurs- och uppdragsväxlingen mellan specialiserad vård och primärvård i enlighet med nära vård
- stärka de grundläggande förutsättningarna för kompetensförsörjning och kompetensutveckling i primärvården.

4. Granskning av räkenskaper

En del av revisorskollegiets granskning består av räkenskapsrevision för att bedöma om räkenskaperna är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upphandlat revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde Standard för kommunal räkenskapsrevision i kraft. Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll av väsentliga processer sin utgångspunkt i regionens samlade räkenskaper i stället för att utgå från varje enskild styrelses redovisning. Revisionsinsatsen utgår från vad revisionsföretagets riskanalys visar med följderna att enskilda nämnder och styrelser berörs i olika grad.

4.1 Granskningsresultat

Inga allvarliga brister som berör styrelsen har rapporterats i granskningen av Västra Götalandsregionens räkenskaper 2024.

5. Uppföljning av tidigare 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 följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Ekonomi – Ekonomistyrning (2023), se 3.1

5.1 Uppföljning av personsäkerhet

Revisionen granskade styrelsens arbete med personsäkerhet 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revision rekommenderar styrelsen att verka för att det finns en riskhantering som säkerställer att risker för hot och våld inom sjukhusets verksamheter minimeras (2022).

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning och i intervjuer. Uppföljningen visar att sjukhusets säkerhetsenhet genomfört utbildningar för avdelningar och mottagningar för att öka kunskapen och förståelsen för hur medarbetare kan agera i en hot- och våldssituation. Vidare har sjukhuset förtydligat sin dokumentation och sitt arbetssätt gällande hot- och våldssituationer.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

5.2 Uppföljning av bemanning- och kapacitetsplanering

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.

- Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom att ta del av styrelsens yttrande, dokumentgranskning och i dialog med ledning och styrelse. Uppföljningen visar att arbete pågår med att införa en ny struktur för en sammanhållen systematik i tillgänglighets- och produktionsledningssystem. Arbetet ligger till grund för uppföljning, prioritering och riktade aktiviteter för produktion och bemanning. Vi har även noterat att beslut fattats och implementerats om styrande dokument på området. Arbetet har åiterrapporterats inom ramen för styrelsens arbete med intern styrning och kontroll. Revisionen ser positivt på det pågående arbetet men noterar att arbetet inte är slutfört

5.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna. Rekommendationerna kvarstår.

5.3 Uppföljning av intern kontroll i redovisningsrutiner

Revisionen granskade styrelsens interna kontroll i redovisningsrutiner 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar att förvaltningen tillser att systemspärr införs för att säkerställa att det inte är möjligt att utförare attesterar egen bokföringsorder.
- Revisionen rekommenderar ett framtagande av en sådan riktlinje för att säkerställa att samtliga manuella bokföringsorder bifogas erforderliga underlag som kan styrka transaktionen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med ledning och styrelse. Uppföljning visar att det från och med 2024-01-01 krävs dubbel attest för manuella bokningar i ekonomisystemet.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen omhändertagit rekommendationerna.

5.4 Uppföljning av granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade styrelsens arbete med åtgärdsplan för ekonomi i balans 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

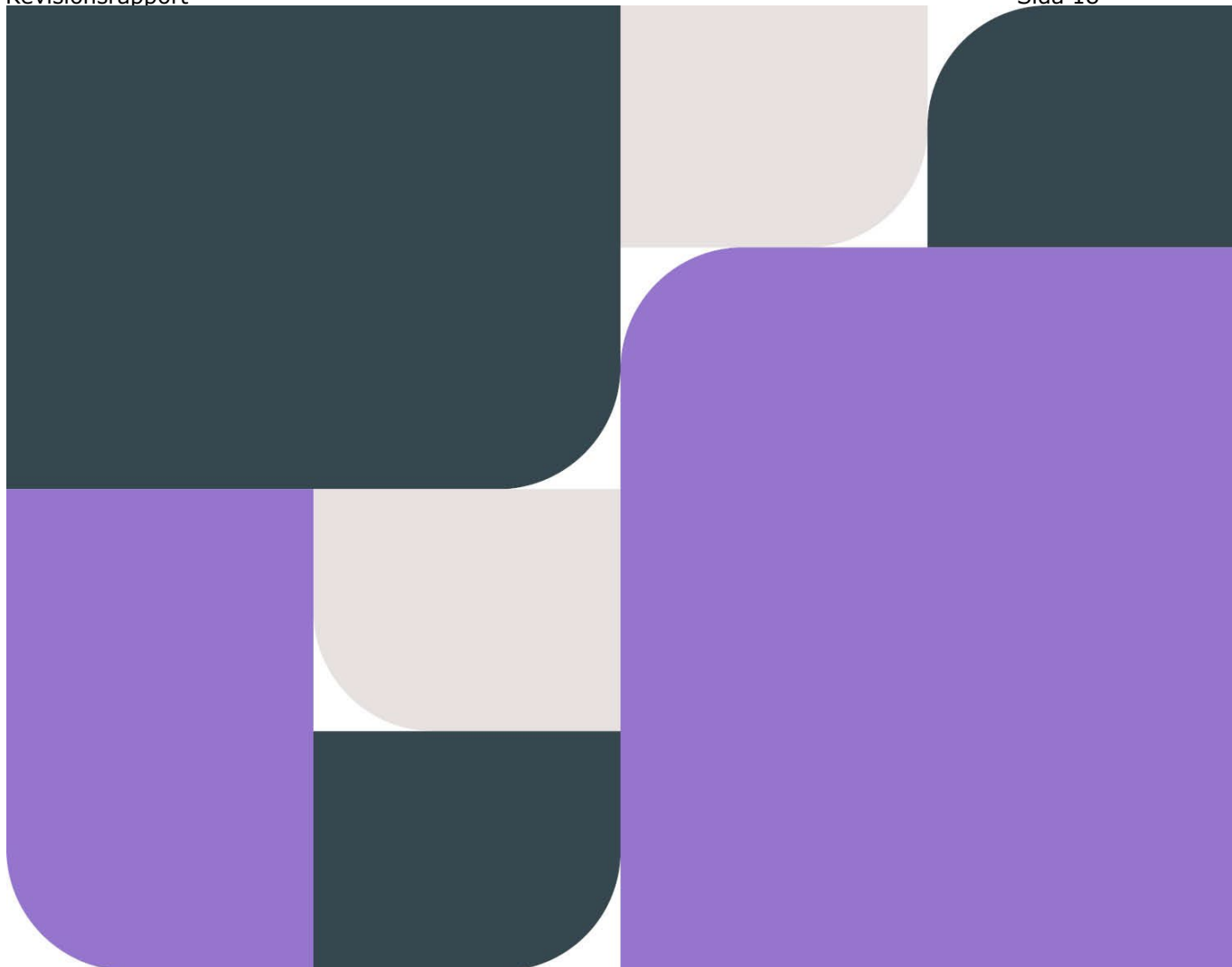
- Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla former för jämförelser på ett systematiskt sätt mellan sjukhus.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med ledning, styrelse samt verksamhetschefer. Vi har också granskat relevant dokumentation. Uppföljning visar att det finns ett samarbete mellan sjukhuset och andra regionala sjukhus. Det finns ett samarbete mellan regionens ekonomichefer och direktörer samt flera olika samarbetsforum för andra funktioner på olika organisatoriska nivåer. Exempelvis gällande budget men även för produktion och medarbetare.

5.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen omhändertagit rekommendationen.

6. Bilagor



Verksamhetsområdets arbete med ekonomi i balans

Bakgrund

Av riktlinje² framgår att arbete med en verksamhet och ekonomi i balans ska vara centralt för samtliga styrelser. Södra Älvsborgs sjukhus har implementerat ett nytt ledningssystem under med större fokus på verksamhetsstyrning för att nå en ekonomi och verksamhet i balans.

Under 2023 gjorde Södra Älvsborgs sjukhus ett ekonomiskt minusresultat gentemot budget på 328 miljoner kronor. Vid årets slut hade verksamheter löpande visat lägre resultat för ekonomiska besparingar än planerat. Uppföljning av åtgärdsarbetet för 2023 visade en uppnådd kostnadseffekt på drygt 89 av 250 miljoner kronor.

Bristande intern styrning och kontroll av ekonomin riskerar att medföra att planerade aktiviteter för en ekonomi i balans under 2024 inte genomförs enligt plan och att sjukhuset gör ett ekonomiskt underskott. Revisorskollegiet har därmed beslutat att genomföra en fördjupad granskning av styrelsens styrning, kontroll och uppföljning av verksamhetsområdenas arbete med en ekonomi i balans.

Granskningens syfte är att bedöma om styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om styrelsen har en styrning som säkerställer att verksamheter bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Har ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydlig planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning?
- Finns det en löpande uppföljning och analys av åtgärder?
- Vidtas vid behov åtgärder för att säkerställa måluppfyllelsen?

² Regiongemensamma riktlinjer för detaljbudget 2023 och 2024 samt inriktning 2025 (RS 2022-02499).

Avgränsning

Granskningen avgränsas till verksamhetsområdets ekonomiska arbete för en budget i balans. Styrelsens övergripande arbete och ekonomiskt beslutsfattande hanteras i den årliga granskningen.

Revisionskriterier

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

- **Policy Styrning i Västra Götalandsregionen (RS 2019–02491)**

Styrelser ska ha en styrning som säkerställer att verksamheten är effektiv och att verksamheten bedrivs enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt.

- **Vägledning för nämnder och styrelsers arbete (Rs 2017–04735)**

Styrelser ska driva verksamheten och uppmärksamma och omhänderta avvikelser från politiskt fattade beslut.

- **Regiongemensam rutin för detaljbudget 2024, 2025 och 2026**

Styrelsers budgetar ska vara baserade på förutsättningar som är kända under hösten 2023. 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

Metod

- Dokumentanalys genomförs av relevant dokumentation
- Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer och controller

Urval

Intervju har genomförts med HR och ekonomichef. Vi har också träffat verksamhetsföreståndare för verksamhetsområdet Kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals inom ramen för granskningen.

Har ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydligt planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning?

Av Södra Älvsborgs sjukhus budget 2024 framgår ett prognosticerat minusresultat på 290 miljoner kronor vilket medför ett effektiviseringskrav på 230 miljoner ställt på verksamhetsområden och stab. Det framgår dock av budget att ambitionen är att komma på månadsmässig balans snarare än fullständig balans vid årets slut. Sjukhuset arbetar med aktiviteter för att sänka kostnader. För 2024 har cirka 100 aktiviteter tagits fram för att klara att utföra uppdraget med en mindre personalresurs.

Vid ingången av 2024 var åtgärder för en ekonomi i balans en fortsättning på 2023 års program. Aktiviteter pågår inom handlingsplan för att nå en ekonomi i balans.

Den övergripande strategin är att verksamhetsutvecklingen leder Södra Älvsborgs Sjukhus in i andra arbetssätt där patienterna får en större roll med stöd av digitala verktyg, en ökad kvalitet och patientsäkerhet och förbättrad tillgänglighet. Dessa förändringar och förbättringar ger SÅS en lägre kostnadsnivå.

Handlingsplanen innehåller fem delområden med olika aktiviteter som ska genomföras.

Handlingsplanens fem delområden och ansvariga

- Verksamhetsplanens genomförande: Operativ chef
- Förbättrade kvalitetsutfall: Förste chefläkare
- HR-området: HR-chef
- VGR-gemensamma aktiviteter: Sjukhusdirektör
- Administrativa kostnader: Ekonomichef

Vid intervju med HR och ekonomichef uppges att åtgärdsprogram är nära sammankopplat med verksamhetens verksamhetsplaner. Det saknas dock en sjukhusövergripande verksamhetsplan. Processen drivs av linjeorganisationen med stöd av styrråd vilket ska säkerställa att alla delar av verksamheten är involverad. Det finns flera styrråd, bland annat för operation, mottagning och akutvård vilka ska stödja verksamheter i arbetet med aktiviteter/indikatorer. Framtagandet av 2024 års budget och verksamhetsplan påbörjas med en analys och utvärdering av 2023 års plan

vilket leder till en verksamhetsplanering för 2024 och därefter framtagande av budget och indikatorer vilken därefter läggs in i plan och styr.

Varje verksamhetsområde har inför 2024 alltså tagit fram en verksamhetsplan som beskriver hur uppdraget ska genomföras under året och vid behov har riktade åtgärder tagits fram. Under våren har denna plan kompletterats med de ekonomiska effekterna som förväntas infalla vid dess genomförande. En central del av planeringen för en ekonomi i balans är personalbudgeten vilken på flera sätt är det effektiviseringskrav verksamheter har. Verksamhetsplaner har omsatts till en personalplan där all rekrytering bereds i tre nivåer varav sjukhusnivå är slutlig beslutande nivå. Gruppen som på mandat av sjukhusdirektören beslutar är operativ chef, ekonomichef och HR chef. I detta forum beslutas även avrop av hyrpersonal. Beslutsmöten sker i intervaller av två veckor och samtliga beslut protokollförs. Användande av timanställda är även detta en sjukhusövergripande process och samordnas på sjukhuset sedan ett år tillbaka.

Intervjuad verksamhet Kirurg, ortopedi och ÖNH har sett en minskad personalresurs på 12 tjänster. Målet är en personalresurs anpassad efter sjukhusets budgetram. Beslut om rekrytering sker därför i flera steg, med bedömningar enligt beskriven process ovan. Bemanningsservice används för att minska kostnaderna för inhyrd personal (bland de lägre i VGR).

Rekrytering styrs alltså av en personalplan där rekryteringar och omfördelning av personal regelbundet följs genom pulsmöten och en ny dialogbaserad mötesstruktur. I vissa verksamheter kan det finnas mer personal än budgeterat, detta kan vara en medveten satsning för att undvika hyrpersonal enligt intervju med HR.

Trots ansträngningar har ekonomiska effekter ibland uteblivit. Utmaningar väntar, speciellt kopplat till projektet Millennium och ökade kostnader, vilket kräver kontinuerlig justering och styrning från styrelsen. Av delårsrapportering i april och augusti framgår att aktivitetens effekt är svåra att läsa av, även inom områden där aktiviteter är genomförda. Ekonomichef framför att sjukhuset styr på helheten. En lägre personalresurs ställer krav på effektivisering av verksamheten och verksamhetsområden får själva identifiera nödvändiga indikatorer för att nå detta. I intervju med verksamhetschef framförs att resultat tar tid och en aktiv styrning av produktion och tillgänglighet är de åtgärder som vidtas.

Uppföljning av personalplan och aktiviteter inom verksamhetsområdes verksamhetsplaner sker genom avstämningsmöten med verksamheter och genom SÄS personalförsörjningsprocess. Avstämningsmöten sker

månadsvis och personalförsörjningsprocessen följs var 14:e dag. Sjukhusdirektör är ansvarig för att samordna pulsmöten och HR-chef samordnar personalförsörjningsprocessen.

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och genomförande av verksamhetsområdes verksamhetsplan.

Övrig uppföljning sker bland annat i månads- och delårsrapporter till styrelsen, i dialogmöte med OSN (operativa hälso- och sjukvårdsnämnden) samt i funktionsgrupp för ekonomichefer.

Styrelsens åtgärder

Styrelsen har mottagit ekonomisk information på samtliga sammanträden under året. Vid vissa sammanträden ges informationen mer detaljerad som separat ärende. Vid andra sammanträden, exempelvis den 20 juni, presenteras ekonomisk information under ärendet *sjukhusdirektören informerar*. Vi har noterat att det vid vissa tillfällen inte alltid dokumenteras en tillräckligt detaljerad information för att revisionen ska kunna uttala sig om styrelsen har tillräckligt med information för att fatta väl avvägda beslut.

Den 31 maj fattade sjukhusstyrelsen beslut att ge sjukhusdirektör i uppdrag att öka genomförandekraften i redan beslutade åtgärder för ekonomi i balans och löpande åiterrapportera resultatet. Bakgrunden var att åiterrapportering av ekonomin visade på bristande ekonomiska effekter i åtgärdsprogrammet.

Sjukhusdirektör tog fram tre åtgärdsområden för att nå en ekonomi i balans vilka omfattade:

1. *Omställning hälso- och sjukvård*
2. *införande av Millennium*
3. *ekonomi i balans.*

Ärendet presenterades den 30 augusti och styrelsen fattade beslut om att ställa sig bakom förvaltningens förslag till beslut. Därtill fattade styrelsen beslut om att få åiterrapportering om effekter av omställningsprogrammet inom ramen för månads- och delårsrapportering. Inom de presenterade åtgärdsområdena låg åtgärder som syftade till att minska kostnader inom lokal, läkemedel, hjälpmedel och material. Även processer för labb, timanställning, rekrytering, schema och bemanning och produktivitetssökning skulle kortsiktigt ses över med anledning av beslutet. På längre sikt finns planerade åtgärder om att se över organisationen, administrationen, kärnuppdragen och standardiserade processer.

Av ärendet framgår att aktiviteterna i verksamhetsplanen för 2024 ses över i syfte att stärka genomförandekraften. Arbetet leds av ekonomichefen i samverkan med HR-chefen. Åtgärdernas ekonomiska effekt redovisas i den regionala uppföljningen och för att följa aktiviteterna har genomförandeplanen använts. Det har dock noterats att den nuvarande rapporteringen av åtgärdsgenomförandet inte tydligt återspeglar genomförandets omfattning eller effekter.

I september återrapporteras effekter av förstärkt omställningsprogram och godkänns av styrelsen. Av rapportering framgår att effekten av åtgärder uppgår till 38 miljoner kronor men att effekter inte går att kvantifiera. Prognosen för effekterna 2024 sätts till 100 miljoner kronor men med en förväntat helårseffekt som överstiger prognosen.

I samband med återrapportering av det ekonomiska resultatet i november framgick att styrelsen gjorde ett ekonomiskt underskott utöver det redan godkända underskottet. Det ackumulerade resultatet präglades av Millenniuminförandet, som medförde ökade teknikkostnader, uteblivna produktionsintäkter och högre personalkostnader. Regionstyrelsen hade tilldelat sjukhuset 12 miljoner kronor för minskad produktion under Millenniuminförandet, men underproduktionen hade bokförts till -25 miljoner kronor i november. Dessutom avvek läkemedelskostnaderna negativt med 6 miljoner kronor, delvis på grund av användning av kostnadsdrivande cancerläkemedel, och utrustning för Millennium hade lett till obudgeterade kostnader om 9 miljoner kronor. Samtidigt hade åtgärdseffekterna reviderats till 60 miljoner kronor, men flera planerade effekter hade uteblivit, bland annat till följd av Millenniuminförandet och jourrelaterade uppdrag.

Med anledning av det ekonomiska läget beslutade styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att informera regionstyrelsen om att det av regionfullmäktige godkända underskottet för 2024 inte skulle nås. Vidare skulle regionstyrelsen informeras om att Millennium hade genererat ökade kostnader och uteblivna intäkter som översteg de riktade medlen. Styrelsen avsåg att återkomma med uppskattade belopp.

I årsredovisning framgår att sjukhusets ekonomiska resultat uppgick till minus 133 miljoner kronor. Det av Regionfullmäktige godkända underskottet var minus 124 miljoner kronor vilket innebar att sjukhuset överskred godkänt underskott med 9 miljoner kronor.

Verksamhetsområdets beredning och prognosarbete

Varje verksamhetsområde har dokumenterat ekonomiska åtgärder i en Excelfil. Verksamhetsområden aktiviteter dokumenteras i fem olika kategorier. Genomförandet av aktiviteter bedöms på en skala 1-5. Ansvarsfördelningen ligger huvudsakligen på verksamhetschefen men det saknas en tidslinje för när samtliga aktiviteter ska vara genomförda.

Åtgärder följs upp men då de saknar specifika måldatum utgör prognoser en kvalificerad gissning. Personalplanen är däremot tidsatt och verksamhetsområdets prognosarbete utgår enligt intervju huvudsakligen från personalplanen och antalet anställda.

Uppföljning sker i interna mötesforum. Vi har dock noterat att detta medför en svårighet i att mäta och utvärdera aktivitetens effekt på ekonomin. Det framgår vid intervjuer och av ekonomisk uppföljning att verksamheterna har en svårighet i att mäta ekonomiska utfall av aktiviteter.

Personalplan

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) personalplan för 2024 är utkomsten av verksamhetsplaneringen med tillhörande budget. Syftet med personalplanerna är att stödja verksamhets- och stabschefer i att bemanna och följa upp personalplaner mot aktuell budget. Ett andra syfte är dessutom att stödja förändringsarbetet (aktiviteter) under 2024 som skall leda till en utveckling mot framtidens vårdbehov och säkerställa en hållbar hälso- och sjukvård. Förändringar i beslutade personalplaner under innevarande år sker i en sjukhusövergripande särskild beslutsgrupp. Denna grupp fattar även beslut i rekryteringar och avrop av hyrpersonal. Verksamhetschefer och stabschefer ansvarar för genomförandet av aktiviteter i sina respektive verksamhetsplaner och även bidra till genomförandet av sjukhusövergripande aktiviteter. Vid behov av förändringar i respektive personalplan sker detta genom ett äskande i en särskild rutin som beskriver denna process.

Personalplanen utvecklas i tre steg: analys och organisation, bemanning samt uppföljning och kontroll. Under 2024 låg fokus på att slutföra åtgärder och aktiviteter inför införandet av Millennium under fjärde kvartalet. Bemanningsprocessen inkluderar vid behov samverkan, risk- och konsekvensanalyser samt dialog med medarbetare och fackliga organisationer.

Löpande uppföljning av personalplanen och verksamhetsplanerna sker för att justera och förbättra arbetet, vilket utgör grunden för framtida utvecklingsarbete inom Västra Götalandsregionens omställning av hälso- och sjukvården. Kommunikation om personalplansarbetet sker både internt

och externt, med användning av olika kommunikationskanaler för att informera om arbetet och dess betydelse. Särskilda faktorer att beakta inkluderar behovet av införandet av Millennium och integreringen av planeringen för 2025 års verksamhetsplan med genomförandet av 2024 års plan.

Bilaga 4 i Södra Älvsborgs sjukhus personalplan för 2024 syftar till att underlätta för chefer i arbetet med att anpassa organisationen efter budget och att informera och kommunicera kring medarbetares anställning. Förändringar i organisationen och arbetssätt ska samverkas och riskbedömas ur ett arbetsmiljöperspektiv. Verksamheten ska bemannas utifrån fastställd budget och anpassad organisation, med hänsyn till medarbetarnas kompetens och anställningstid i Västra Götalandsregionen (VGR). Ingen medarbetare ska sägas upp, men det kan ske förflyttningar eller omplaceringar inom organisationen.

Verksamhetschefer ansvarar för att stämna av produktionen gentemot budget och organisation innan bemanning sker. Bemanning sker utifrån medarbetarnas kompetens och anställningstid, men specifik kompetens kan prioriteras vid behov. Överkapacitet hanteras genom förflyttning eller omplacering inom verksamhetsområdet eller sjukhuset. Ansvarig chef ska informera medarbetare om förändringar och påbörja förhandlingar enligt MBL §11 vid förflyttning eller omplacering. Kommunikation ska ske i en viss ordning, där berörda medarbetare informeras först.

Hälsan och arbetslivet erbjuder samtalsstöd och andra stödåtgärder under processen. Företagshälsovården är informerad om arbetet och finns tillgänglig för stöd. Förhandlingar enligt MBL §11 ska genomföras före förflyttning eller omplacering, med stöd från HR-partner och HR-strateg.

Bilaga 3 i Södra Älvsborgs sjukhus personalplan för 2024 beskriver processen för analys och organisation. Dokumentet syftar till att säkerställa att varje verksamhet inom sjukhuset utvecklar ett organisationsförslag baserat på ingångsvärden från verksamhetsplaneringen för det kommande året. Detta inkluderar att omhänderta ekonomiska ingångsvärden för att uppnå balans och att säkerställa att SÄS grunduppdrag beaktas i utformningen av personalplanen.

Planeringen för 2024 års verksamhet började i mars 2023 och avslutas formellt när SÄS styrelse fattar beslut om budgeten den 30 november 2023. Ekonomiavdelningen tar fram personalplaner för SÄS verksamheter baserat på inlämnade budgetunderlag, och dessa planer laddas upp på en Sharepoint-yta för vidare kontroll av verksamhetschefer och stabschefer.

Avstämningsmöten hålls för att kvittera budgeterade tjänstefaktorer i respektive verksamhets personalplan.

Om den fastställda budgeten kräver förändringar i organisationen eller arbetssätt, ska dessa förändringar samverkas och riskbedömas ur ett arbetsmiljöperspektiv. Om inga samverkanspunkter finns, kan bemanningen av verksamhetens personalplan starta direkt enligt riktlinjerna i bilaga 4.

Bedömning av revisionsfrågor

Har ekonomiska åtgärder brutits ned i en tydligt planerad, tidsatt och beräknad effekt av åtgärder med en tydlig ansvarsfördelning?

Styrelsen ska säkerställa en styrning som effektivt planerar och genomför ekonomiska åtgärder i enlighet med beslutad budget (RS 2019–02491). Revisionen bedömer att styrelsen har en struktur för planering av ekonomiska åtgärder, men avsaknaden av en övergripande verksamhetsplan och brist på tidsatta måldatum minskar möjligheten att säkerställa att åtgärder får avsedd effekt.

Finns det en löpande uppföljning och analys av åtgärder?

Styrelsen ska identifiera och hantera avvikelser genom systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder (RS 2017–04735). Revisionen bedömer att det finns en strukturerad process för uppföljning, men den är inte tillräckligt detaljerad för att säkerställa att planerade åtgärder ger önskade effekter.

Vidtas vid behov åtgärder för att säkerställa måluppfyllelsen?

Styrelsen ska vidta åtgärder och anpassa verksamheten för att säkerställa en ekonomi i balans samt redovisa de ekonomiska effekterna av åtgärder (Regiongemensam rutin för detaljbudget 2024–2026). Revisionen bedömer att styrelsen vidtar åtgärder vid identifierade ekonomiska avvikelser men saknar en enhetlig metod för att analysera deras effekt. Det innebär att styrelsen delvis uppfyller detaljbudgetens krav men att förbättrad uppföljning av åtgärdsresultat krävs för att säkerställa långsiktig måluppfyllelse.

Sammanfattande bedömning

Granskningens syfte var att bedöma om styrelsen vid Södra Älvsborgs Sjukhus har en styrning som säkerställer att verksamheterna bedrivs enligt fastställda ekonomiska mål. Revisionen bedömer att Styrelsen vid Södra

Älvsborgs Sjukhus har upprättat en struktur för att styra mot en ekonomi i balans, men brister i tidsättning, uppföljning och mätning av åtgärders effekt minskar möjligheten att säkerställa måluppfyllelse.

Rekommendationer

Då revisionen sedan tidigare lämnat rekommendationer relaterat till ekonomistyrning lämnas inga nya rekommendationer med anledning av granskningen.

Revisionens uppdrag

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. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. 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.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som de har gjort på nämnder och styrelser. Revisionsrapporterna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnder och styrelser och lämnar sitt uttalande till regionfullmäktige.

Viss granskning rapporteras till regionfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar revisionens revisionsrapporter och mer information om revisionen på vår hemsida: www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/revision.

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