

Basgranskning Skaraborgs Sjukhus

Dnr: Rev 32-2015

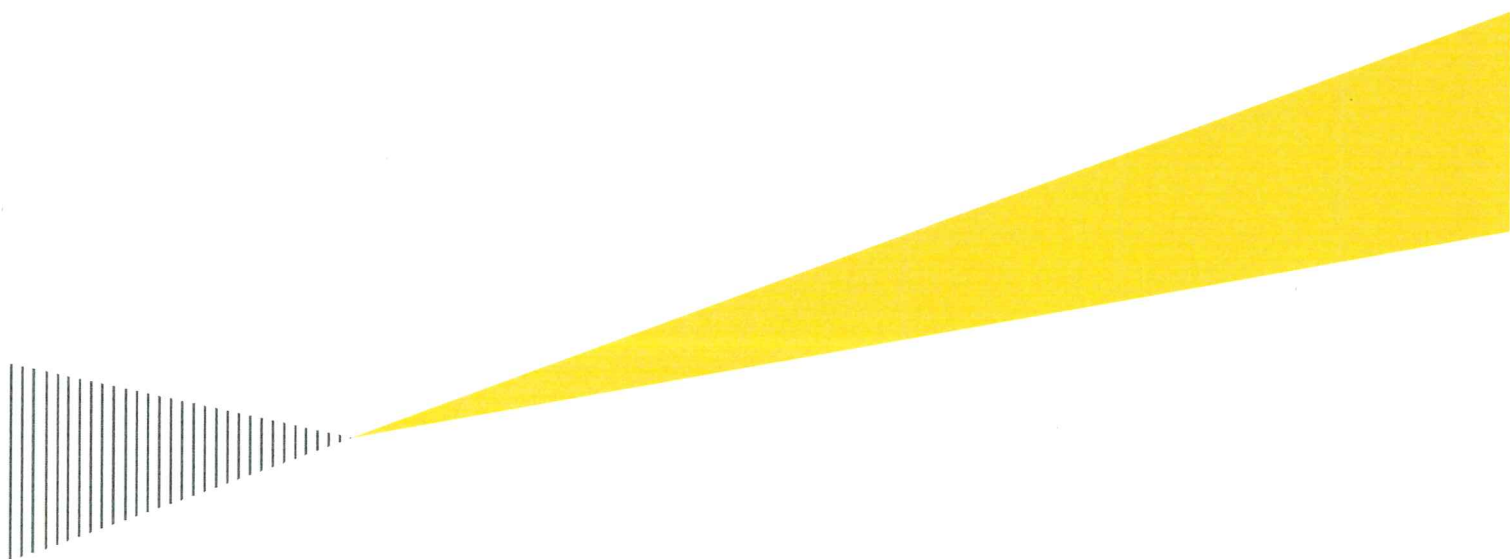
Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 7 oktober 2015

Revisionsrapport 2015
Genomförd på uppdrag av revisorerna
Oktober 2015

Västra Götalandsregionen

Basgranskning av Skaraborgs Sjukhus



EY

Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	5
2.1. Bakgrund	5
2.2. Syfte och revisionsfrågor	5
2.3. Avgränsning	6
2.4. Ansvariga styrelser	7
2.5. Revisionskriterier	7
2.6. Metod	7
3. Målstyrning	8
3.1. Målkedjan utifrån fullmäktiges mål	8
3.2. Skaraborgs Sjukhus detaljbudget	9
3.3. Skaraborgs sjukhusövergripande verksamhetsplan	9
3.4. Bedömning	9
4. Styrelse och förvaltning	10
4.1. Styrelsens arbetssätt	10
4.2. Förvaltningens beredningsarbete	10
4.3. Stabsledning och ledningsgrupp	12
4.4. Fokusgrupper	13
4.5. Bedömning	14
5. Kvalitetsstyrning	14
5.1. Kvalitetsarbete	14
5.2. Flera styrkedjor avseende kvalitet	16
5.3. Bedömning	16
6. Avvikelsehantering	16
6.1. Rapportering av avvikelser	17
6.2. Bedömning	17
7. Ekonomistyrning	17
7.1. Vårdöverenskommelse	17
7.2. Detaljbudget	18
7.3. Ekonomisk rapportering under 2015	18
7.4. Besparingsåtgärder	19
7.5. Verksamhetens uppfattning om budget och verksamhetsplan	19
7.6. Bedömning	21
8. Intern kontroll	22
8.1. Riskanalys	22
8.2. Internkontrollplan	22

8.3. Bedömning	22
9. Uppföljning.....	23
9.1. Uppföljningsrapporter.....	23
9.2. Analys av den ekonomiska utvecklingen.....	23
9.3. Bedömning	24
10. Samlad bedömning.....	25
10.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	25
10.2. Slutsats och rekommendationer	28
Bilaga 1: Källförteckning	29
Bilaga 2: Revisionskriterier.....	31
Kommunallag	31
Regionfullmäktiges övergripande mål och uppdrag	32
Övergripande styrdokument	36
Bilaga 3: Sammanställning av besparingsåtgärder.....	37
Bilaga 4: Sammanställning av uppföljningar	39

Bilagor:

Bilaga 1 Källförteckning

Bilaga 2 Revisionskriterier

Bilaga 3 Sammanställning av besparingsåtgärder

Bilaga 4 Sammanställning av uppföljningar

1. Sammanfattning

Skaraborgs Sjukhus redovisade 2014 ett ekonomiskt underskott i verksamheten. Tillgängligheten försämrades och produktionen minskade samtidigt som verksamheten hade svårigheter att rekrytera kompetens.

Revisorskollegiet gjorde bedömningen utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys att det fanns anledning att granska hur styrelsen utövar intern styrning och kontroll. Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för Skaraborgs Sjukhus bedriver en tydlig, aktiv och ändamålsenlig intern styrning och kontroll.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och enkäter. Intervjuer har genomförts med samtliga ledamöter i styrelsen samt med sjukhusdirektör, ställföreträdande sjukhusdirektör och ett urval av stabs- och verksamhetschefer.

I kommunallagens 6 kap § 7 regleras styrelsens ansvar för verksamheten. Där framgår att styrelsen skall se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Vår bedömning är att det finns brister i målstyrningen. Granskningen visar att det inte finns en tydlig målkedja från regionfullmäktige till verksamheten. Av den sjukhusövergripande verksamhetsplanen är det inte möjligt att tydligt härleda målen till regionfullmäktiges mål och uppdrag.

Granskningen visar också att ledamöter upplever styrelsearbetet ostrukturerat. Ledamöter saknar skriftliga beslutsunderlag i samband med att avvikelser rapporteras muntligt till styrelsen. Vår bedömning är att beredningsarbetet till styrelsen har brister. Styrelsen bör bli mer aktiv vad gäller att efterfråga beslutsunderlag och att fatta beslut.

Vi bedömer att styrelsen har brustit i styrning och ledning med anledning av den ekonomiska situationen. Styrelsen har inte varit tillräckligt aktiv för att hantera sjukhusets växande budgetunderskott. Det har redovisats negativa budgetavvikelser i mars månad. Styrelsen har inte fattat beslut om åtgärder eller beslutat att efterfråga underlag om budgetunderskottets orsaker förrän i juni. Flera styrelseledamöter lyfter att de har bristande information om budgetunderskottets orsaker. Gällande ekonomiska avvikelser är vår bedömning att avvikelserapporteringen bör stärkas. Styrelsen erhåller löpande uppföljningar om den ekonomiska utvecklingen och eventuella budgetavvikelser. Enligt intervjuade styrelseledamöter och tjänstemän saknas tillräcklig analys av budgetunderskott.

Vår bedömning är att ledningsgruppen inte fungerar ändamålsenligt. De olika aktörernas roller uppfattas inte som tydliga. En större ledningsgrupp har medfört brist på möjligheter till öppen dialog om specifika verksamheter. Konsekvensen är att ett antal verksamhetschefer upplever att de inte får tillräckligt med stöd och dialog i sitt ledarskap.

Vår bedömning är att det finns brister i ekonomistyrningen på verksamhets- och enhetsnivå. Enkät visar att flertalet verksamhetschefer anser att styrningen inte alls eller bara till viss del ger dem förutsättningar att planera verksamheten utifrån vårdvolym och vårdkvalitet inom givna ekonomiska ramar. Samma enkät visar att cirka hälften av verksamhetscheferna anser att budgeten bara till viss del är accepterad av cheferna inom verksamhetsområdet.

Inom kvalitetsfunktionen pågår ett omfattande arbete med processutveckling. Exempel ges på att kvalitetsarbete på flera håll i organisationen bedrivs med stort engagemang. Vid intervjuer lyfts också att samarbetet mellan olika professioner fungerar väl inom kvalitetsarbetet.

Granskningen visar också på brister inom sjukhusets kvalitetsarbete med att utveckla vårdprocesser. Kunskapen om vårdprocesser är inte tillräcklig bland processchefer och det saknas dokumentation av hela eller delar av sjukhusets vård- och patientflöden. Vi bedömer att kvalitetsarbetet skulle stärkas med ändamålsenlig kompetens hos processchefer samt om berörda vård- och patientflöden dokumenteras. Det är väsentligt för att säkerställa en hög kvalitet, produktivitet och effektivitet i det kvalitetsarbete som bedrivs av kvalitetsfunktionen. Vår bedömning är också att det finns brister i hur roller och ansvar är tydliggjorda i de olika styrkedjorna för kvalitetsstyrning vilket försvårar ändamålsenligt styrning av kvalitetsarbetet. I granskningen har särskilt framkommit att fokusgruppernas roll, tidplan och uppdrag är otydliga.

Styrelsen har inte säkerställt en tillräcklig intern kontroll då det sedan 2013 inte fattats beslut om internkontrollplan. Styrelsen har inte tillsett att det genomförts en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys eller att det antagits en internkontrollplan i enlighet med de regionövergripande riktlinjerna.

Vår sammanfattande slutsats utifrån granskningens syfte och uppställda revisionskriterier är att styrelsen inte varit tillräckligt tydlig och aktiv och därför inte säkerställt en ändamålsenlig intern styrning och kontroll.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi styrelsen för Skaraborgs Sjukhus att:

- ▶ Säkerställa att regionfullmäktiges mål bryts ned på verksamhetsnivå och att målen kommuniceras till samtliga medarbetare
- ▶ Fastställa en internkontrollplan utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys samt följa upp planen
- ▶ Säkerställa att styrelsen har tillräckligt med underlag för att fatta beslut om åtgärder om avvikelser i verksamheten uppstår
- ▶ Säkerställa att sjukhusets budget är förankrad i hela verksamheten
- ▶ Utveckla uppföljning och analys av verksamhet och ekonomi
- ▶ Säkerställa att alla verksamheter arbetar systematiskt för att utveckla vårdprocesser och kvalitet

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Styrelser och nämnder har ett ansvar för att tillse att verksamheten bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Detta regleras i kommunallagen 6 kap 7 § som beskriver nämndernas ansvar för verksamheten. Lagstiftningen ger dock ingen ytterligare vägledning om hur arbetet ska utformas eller att kommunerna ska följa ett specifikt ramverk för intern kontroll.

I God sed i kommunal verksamhet 2014 beskrivs att med intern kontroll avses systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner, som på en rimlig nivå säkerställer att:

- ▶ Verksamheten lever upp till målen och är kostnadseffektiv
- ▶ Informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig
- ▶ De regler och riktlinjer som finns för verksamheten följs

En tillräcklig intern kontroll förutsätter ett systematiskt arbetssätt enligt definierade processer som ska vara integrerade i organisationens styrning och uppföljning. Styrelsernas och nämndernas ansvar och riskanalys är centrala i det interna kontrollsystemet.

I Västra Götalandsregionens budget 2015 anges ett antal mål och uppdrag som berör Skaraborgs Sjukhus. Målen och ett antal åtgärder tolkas och beskrivs i sjukhusets detaljbudget 2015.

Skaraborgs Sjukhus redovisade 2014 ett ekonomiskt underskott i verksamheten. Tillgängligheten försämrades och produktionen minskade samtidigt som verksamheten hade svårigheter att rekrytera nödvändig kompetens. Möjligheten att rekrytera vikarier under sommaren var mer ansträngd än tidigare år. Ett antal åtgärdsplaner togs fram sent under 2014. Fortsatt negativ utveckling noteras vid inledningen av 2015 och det finns en risk för underskott år 2015.

Revisorskollegiet gjorde bedömningen utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys att det fanns anledning att granska hur styrelsen utövar intern styrning och kontroll i syfte att pröva om den är tydlig, aktiv och ändamålsenlig.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen för Skaraborgs Sjukhus bedriver en tydlig, aktiv och ändamålsenlig intern styrning och kontroll. En tillräcklig intern kontroll förutsätter ett systematiskt arbetssätt enligt definierade processer och rutiner, integrerade i organisationens styrning och uppföljning. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

Mål

- ▶ Har styrelsen i sin budget och verksamhetsplan beaktat regionfullmäktiges mål och uppdrag?
- ▶ Om styrelsen fattat beslut om egna mål, i vilken mån stödjer dessa regionfullmäktiges mål?

Styrning

- ▶ Har styrelsen för Skaraborgs Sjukhus gjort en riskbedömning som ligger till grund för en tydlig och aktiv intern styrning och kontroll (t.ex. internkontrollplan)?
- ▶ Är styrelsens beslut om budget och verksamhetsplan för Skaraborgs Sjukhus tydligt så att verksamheten ges förutsättningar att klara sitt uppdrag vad gäller vårdvolym och vårdkvalitet inom givna ekonomiska ramar?
- ▶ Är styrelsens beslut om budget accepterade av verksamheten?
- ▶ Har styrelsen fattat beslut som tydliggjort för verksamheten vilka åtgärder som skall vidtas för att nå en ekonomi i balans?
- ▶ Hur säkerställer styrelsen att Skaraborgs Sjukhus uppfyller regionfullmäktiges uppdrag att "alla verksamheter ska arbeta för att utveckla kvaliteten i den egna verksamheten samt öka sin produktivitet och effektivitet"?
- ▶ Hur säkerställer styrelsen att vården är kvalitetsdriven?
- ▶ Finns det en organisation som är utformad på ett sätt, där ansvar och befogenheter tydliggjorts, så att en god intern styrning och kontroll kan säkerställas?

Uppföljning

- ▶ Har styrelsen säkerställt att Skaraborgs Sjukhus har en tillräcklig uppföljning och rapportering av internkontrollplanen till styrelsen?
- ▶ Hur tillser styrelsen att rutiner för avvikelserapportering fungerar tillfredsställande?
- ▶ Följer styrelsen upp avvikelser och tar styrelsen beslut om och följer upp resultat av åtgärder vid avvikelser?
- ▶ Hur återrapporteras resultat av åtgärder till styrelsen?
- ▶ Har styrelsen säkerställt att Skaraborgs Sjukhus i övrigt har en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens utveckling i relation till fullmäktiges mål?
- ▶ Har styrelsen säkerställt att den har tillräckligt underlag för att fatta beslut om eventuella åtgärdsplaner om verksamhetens utveckling avviker från den planerade?

2.3. Avgränsning

Granskningen inriktas på styrelsens interna kontroll och styrning avseende Skaraborgs Sjukhus.

2.4. Ansvariga styrelser

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus är ansvarig för den verksamhet som granskas. Vid användning av begreppet styrelsen i rapporten avses styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

2.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. För denna granskning gäller följande revisionskriterier:

- ▶ Kommunallagen 6 kap 7 §
- ▶ God revisionssed i kommunal verksamhet; definition av ändamålsenlig verksamhet och tillräcklig intern styrning
- ▶ Regionfullmäktiges mål och uppdrag i budget 2015
- ▶ Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- ▶ Delegationsordning för Skaraborgs Sjukhus
- ▶ Riktlinjer för ärendeberedning (RS § 354 2014-02-18) samt regionala beredningsrutiner
- ▶ Riktlinjer för intern kontroll RS § 382 2014-03-25
- ▶ Vårdöverenskommelserna för 2015

En mer utförlig beskrivning ges i bilaga 2.

2.6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och enkäter. Intervjuer har genomförts med samtliga ledamöter i styrelsen samt med sjukhusdirektör, ställföreträdande sjukhusdirektör och ett urval av stabs- och verksamhetschefer. Förteckning över genomförda intervjuer och granskade dokument framgår av bilaga 1.

Vi har skickat ut två enkäter. En enkät skickades till sjukhusdirektör och ställföreträdande sjukhusdirektör och avsåg frågor om avvikelshantering och kvalitetsarbete. Den andra enkäten skickades ut till samtliga 14 verksamhetschefer och avsåg verksamheternas förutsättningar för budgetefterlevnad samt budgetens förankring bland de respektive verksamhetsområdenas chefer.

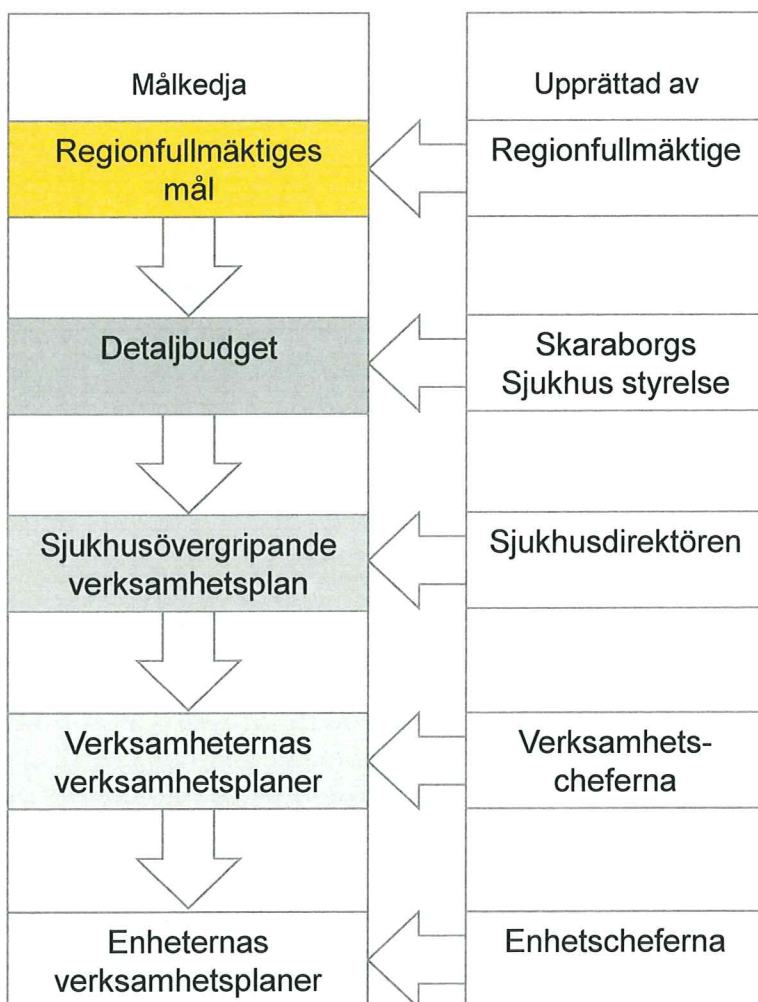
Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Målstyrning

3.1. Målkedjan utifrån fullmäktiges mål

Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen har i budget 2015 antagit övergripande mål och uppdrag till regionens nämnder och styrelser. Skaraborgs Sjukhus styrelse har i sin detaljbudget brutit ner fullmäktiges mål.¹

Sjukhusdirektören har i den sjukhusövergripande verksamhetsplanen formulerat styrande mål för verksamheten. Verksamhetscheferna har tagit fram 14 verksamhetsplaner som är upprättade för varje verksamhetsområde. Vissa enhetschefer har brutit ner verksamhetsplanerna till en verksamhetsplan för sin enhet. Målkedjan illustreras nedan:



Figur 1. Målkedja Skaraborgs Sjukhus

¹ Regionfullmäktiges mål och Skaraborgs Sjukhus styrelses nedbrytning av målen redovisas i bilaga 2.

3.2. Skaraborgs Sjukhus detaljbudget

Styrelsens detaljbudget 2015 redovisar de av regionfullmäktige fastställda mål och uppdrag som avser sjukhuset. Varje övergripande mål har brutits ned och styrelsen beskriver hur målen ska uppnås. För tre fullmäktigemål har styrelsen formulerat styrtal och önskat måltal för styrtalet. För vissa mål hänvisar styrelsen till fastställda kvalitetsindikatorer. För vissa mål och uppdrag har det inte formulerats styrtal för att mäta måluppfyllelsen. I bilaga 2 framgår vilka mål och uppdrag som har styrtal.

3.3. Skaraborgs sjukhusövergripande verksamhetsplan

Den sjukhusövergripande verksamhetsplanen beskriver sjukhusets vision, uppdrag, och värdegrund. Verksamhetsplanen innehåller nulägesanalys samt kort- och långsiktiga mål. Vidare framgår hur frekvent dessa ska följas upp. Det är inte möjligt att härleda målen i den övergripande verksamhetsplanen till regionfullmäktiges mål. Detta eftersom det inte finns någon hänvisning mellan målen i verksamhetsplanen till regionfullmäktiges mål. Det går därmed inte heller att urskilja om sjukhuset har formulerat egna mål som inte är kopplade till fullmäktiges mål.

3.3.1. Verksamhetsområdenas verksamhetsplaner

Varje verksamhetsområde har antagit en verksamhetsplan som utgår från den sjukhusövergripande verksamhetsplanen.

Det är olika i vilken omfattning verksamhetsområdena har brutit ned styrelsens sjukhusövergripande verksamhetsplan. De flesta verksamhetsområden har tagit fram egna styrtal. Det finns verksamhetsområden som inte brutit ned målen från den sjukhusövergripande verksamhetsplanen.

3.3.2. Enheternas verksamhetsplaner

Enligt intervjuade verksamhetschefer skiljer sig enheternas målstyrning avsevärt. Vissa enhetschefer bryter ned verksamhetsområdets verksamhetsplan. Andra enhetschefer tar fram handlingsplaner med egna mål och använder målen till medarbetarnas lönesättning. Flera verksamhetschefer uppger dock att flera enheter arbetar utan egen verksamhetsplan och att målstyrningen inte når medarbetarna.

Sjukhuset saknar dokumenterade riktlinjer och rutiner om hur enheterna inom de respektive verksamhetsområdena ska arbeta med målstyrning. Sjukhusdirektören uppger att ambitionen är att målkedjan ska nå samtliga medarbetare och att sjukhuset måste ha ett enhetligt arbetssätt i hela organisationen. Det har inte genomförts någon sjukhusövergripande dokumenterad uppföljning över hur målstyrningen fungerar på medarbetarnivå.

3.4. Bedömning

I kommunallagens 6 kap § 7 regleras styrelsens ansvar för verksamheten. Där framgår att styrelsen skall se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Styrelsen har i detaljbudget 2015 brutit ned samtliga mål och uppdrag som den fått tilldelad av regionfullmäktige. Det förekommer dock variationer i hur styrelsen har brutit ned regionfullmäktiges mål i detaljbudgeten.

Vår bedömning är att det finns brister i målstyrningen. Granskningen visar att det inte finns en tydlig målkedja från regionfullmäktige till verksamheten. Av den sjukhusövergripande verksamhetsplanen är det inte möjligt att tydligt härleda målen till regionfullmäktiges mål och uppdrag.

4. Styrelse och förvaltning

4.1. Styrelsens arbetssätt

Styrelsens organisation och arbetssätt regleras genom styrelsens reglemente och den av styrelsen beslutade arbetsordningen. Av reglementet framgår det att styrelsen har hand om verksamheten vid Skaraborgs Sjukhus och ska verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnderna samt bedriva den hälso- och sjukvård som åligger verksamheten enligt lag och enligt regionen ingångna avtal. Arbetsordningen fastställer rollfördelning i styrelsearbetet och styrelsens arbetsformer.

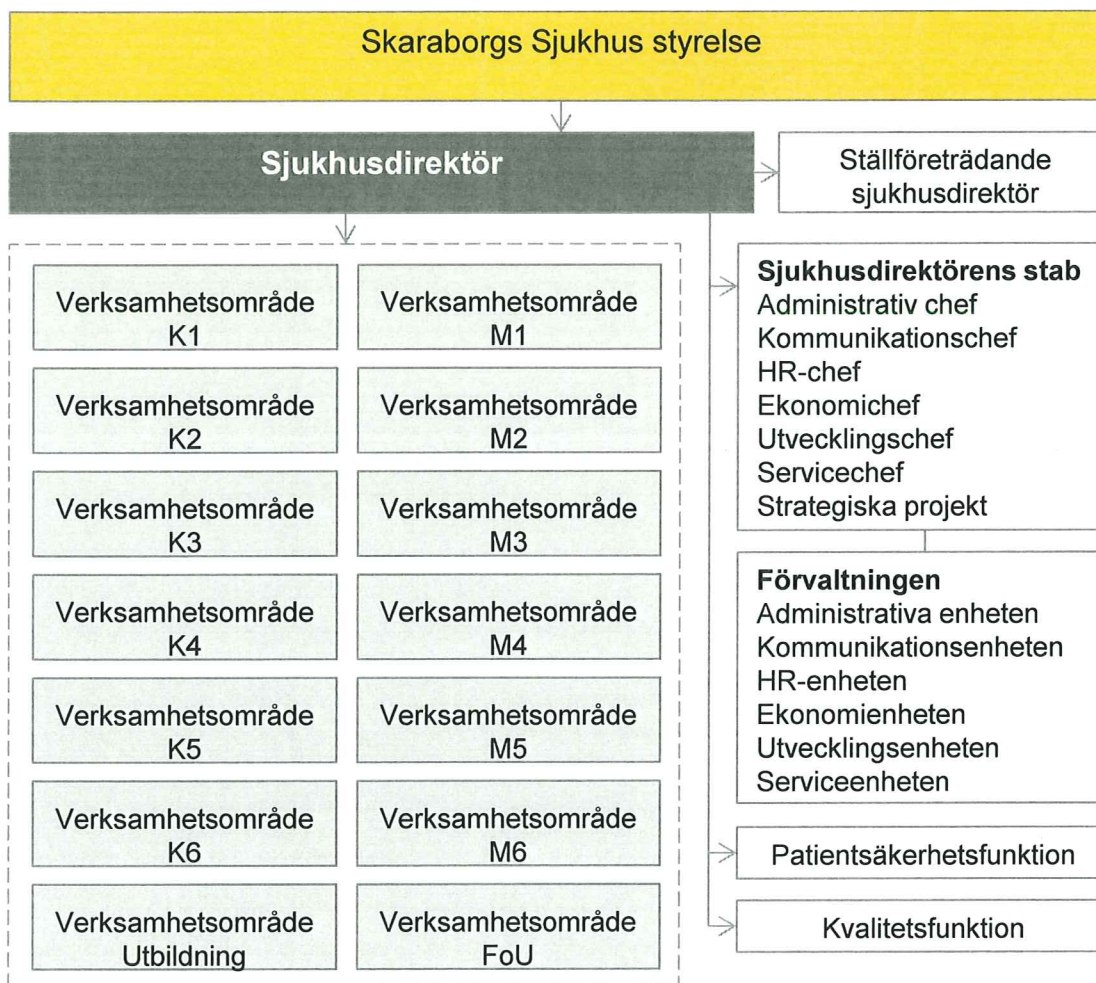
Granskningen visar att det utifrån protokoll inte är möjligt att helt följa styrelsearbetet. Det bekräftas vid intervjuer att styrelseledamöter efterfrågar mer struktur i styrelsearbetet och mer beslutspunkter. Dagordningen innehåller däremot flera informationspunkter om avvikelser. Styrelseledamöter beskriver problemet som att de fattar för få beslut avseende rapporterade avvikelser. Ett exempel är information vad gäller det ekonomiska underskottet.²

4.2. Förvaltningens beredningsarbete

Sjukhusdirektören är ansvarig förvaltningschef som enligt delegationsordningen beslutar om verksamhetens organisation och resursfördelning. Direktören har även beslutsrätt avseende tillfällig stängning av verksamheter och förändring av antalet vårdplatser. Styrelsen har antagit en instruktion till sjukhusdirektören som anger sjukhusdirektörens ansvar.

Sjukhusdirektören har sju stabschefer till sitt förfogande för att verkställa styrelsens beslut. Stabscheferna är placerade vid sex enheter. Verksamheten leds av tolv verksamhetschefer med medicinsk eller kirurgisk inriktning samt verksamhetschefer för utbildning respektive forskning och utveckling. Verksamhetscheferna har ansvar för verksamhetens ekonomi, personal och kvalitet. En särskild kvalitetsfunktion ansvarar för processutveckling och kvalitet. Förvaltningsorganisationen framgår av följande organisationsskiss.

² Styrelsen fattade dock beslut om åtgärder i juni 2015.



Figur 2. Skaraborgs Sjukhus organisation. Verksamhetsområde med beteckning "K" står för kirurgisk inriktning och "M" för medicinsk inriktning. FoU står för Forskning och Utveckling.

Av intervjuer med styrelsens ledamöter framgår att det finns olika uppfattningar om hur beredningsarbetet till styrelsen fungerar. Flera lyfter att beredningsarbetet fungerar väl och att det är en god dialog mellan förvaltning och styrelse i beredningsprocessen. Det har lyfts fram att förvaltningen är behjälplig med underlag och svarar på frågor om så efterfrågas.

Det har också framkommit att ledamöter saknar systematik för beredningsarbetet till styrelsen. De efterfrågar struktur för beredning inför sammanträden utifrån ett fastställt årshjul. De efterfrågar också mer strukturerade skriftliga beslutsunderlag i samband med att avvikelser rapporteras muntligt.

4.3. Stabsledning och ledningsgrupp

Skaraborgs Sjukhus har två chefsgrupper; stabsledning och ledningsgrupp.³ Stabsledningens uppgift är att förbereda frågor till ledningsgruppen. De som ingår är sjukhusdirektören, ställföreträdande sjukhusdirektören samt övriga stabschefer.

Tidigare var sjukhusets verksamhet indelad i två områden (kirurgi och medicin), med en områdeschef för respektive område. Det har framkommit i granskningen att det medförde att två parallella styrmodeller och organisationskulturer utvecklades. Då ingick inte verksamhetscheferna i sjukhusdirektörens ledningsgrupp. I nuvarande organisation är inte områdescheferna kvar. Syftet med att ta bort ett chefsled och ha fler chefer (samtliga verksamhetschefer) direkt under sjukhusdirektören är enligt sjukhusdirektören att ge bättre förutsättningar för att ta ansvar för helheten.

Sjukhusdirektören lyfter även att verksamhetschefernas nya roll i ledningsgruppen ska bidra till fokus på sjukhusets huvuduppdrag och verksamhet.

Av granskningen har det framkommit olika synpunkter på den nya organisationen. De flesta understryker att det tar tid innan en organisatorisk förändring kommit på plats. Vi har sammanfattat och sammanställt de intervjuade verksamhets- och stabschefernas synpunkter på ledningsgruppen utifrån de styrkor och svagheter som beskrivits av de intervjuade:

► **Styrkor**

- *I ledningsgruppens ges löpande information om sjukhusgemensamma frågor*
- *I den tidigare organisationen fungerade områdeschefsfunktionerna som ett filter för information och verksamhetscheferna kände inte till hur diskussionen gick inom ledningen*
- *Verksamhetschefer har fått större förståelse för varandras verksamheter*
- *Som verksamhetschef är det enklare att lyfta viktiga frågor när man är med i en ledningsgrupp*
- *Även om gruppen är stor går det att komplettera med andra möten för styrfrågor som passar bättre i mindre grupper*

► **Svagheter**

- *Ledningsgruppsmötena är ostrukturerade och ofokuserade*
- *Det ges för mycket information på kort tid*
- *De viktiga besluten är redan fattade före mötet*
- *Stabschefer upplever att de har fått ett minskat inflytande och att de har svårare att genomföra sina uppgifter med att stödja verksamhetscheferna*
- *Oklart för verksamhetschefer att förstå vem som beslutar om dagordning*

³ I ledningsgruppen ingår 29 chefer (inklusive samtliga stabschefer och sjukhusets verksamhetschefer). Ledningsgruppen har möte en gång per månad.

- *Ledningsgruppens inriktning inte är tillräckligt verksamhetsanknuten och blir irrelevant för många verksamhetschefer*
- *Stabscheferna kommer långt ifrån verksamhetsfrågor*
- *Den nya organisationen saknar forum för diskussion, gruppen är för stor och tiden för knapp för att det ska uppstå dialog*
- *Det är svårare att lyfta problem eftersom det är lätt att känna sig "uthängd" i en stor grupp, verksamhetscheferna blir därför mer ensamma i sina roller och håller helt eller delvis sina verksamhetsanknutna problem för sig själva*

De intervjuades synpunkter visar att den nya ledningsgruppen efter omorganisationen ännu inte har effektiva arbetsformer. Stabscheferna uppfattar att de fått en mindre och otydligare arena vilket gör att de inte kan ge cheferna ändamålsenligt stöd. Flera verksamhetschefer anser att de inte får sitt behov av öppen dialog kring sina verksamheter och sitt ledarskap tillfredsställda. Utifrån det ekonomiska underskottet och arbete med besparingsåtgärder är 2015 ett år med särskilt stort behov av effektiva arbetsformer och stöd till chefer.

4.4. Fokusgrupper

Sjukhusdirektören har under våren 2015 bildat tio fokusgrupper. Enligt sjukhusdirektören är syftet med fokusgrupperna att öka kvaliteten i sjukhusets verksamheter. Ett annat syfte är att grupperna ska bidra till de ekonomiska åtgärder som sjukhuset behöver genomföra med anledning av budgetunderskottet. Varje fokusgrupp ska arbeta verksamhetsöverskridande och har ett formulerat uppdrag i en uppdragshandling. Uppdragshandlingarna beskriver inriktningen på fokusgruppernas arbete. Områden för fokusgruppernas arbete är till exempel kompetensförsörjning, läkemedel samt kapacitets- och produktionsplanering. Granskning av uppdragshandlingarna visar att det är huvudsakligen fokus på kvalitet. I en mindre andel av uppdragshandlingarna ingår att föreslå åtgärder för kostnadsminskningar. Vi har sammanfattat de intervjuade verksamhets- och stabschefernas synpunkter på fokusgrupperna utifrån deras uppfattning om styrkor och svagheter:

► **Styrkor**

- *Fokusgrupperna är ett komplement till den övriga styrkedjan och ett sätt att arbeta verksamhetsöverskridande*
- *Fokusgrupperna är positiva inslag i styrningen och bör ses som utskott till ledningsgruppen*

► **Svagheter**

- *Styrningen av fokusgrupperna hänger inte hop med sjukhusets övriga styrkedja/styrmodell*
- *Det är för många uppdragshandlingar för att styrningen ska bli tydlig*
- *Det är otydligt vilka förväntningar och mandat fokusgrupperna har. Det saknas resurser och personal att ta i anspråk för gruppernas arbete*
- *Det saknas tidplan för avrapportering*

För de flesta fokusgrupper ska uppdragen följas upp vid delårsbokslut, årsredovisning samt fortlöpande till sjukhusledningen. Det saknas styrning i uppdragshandlingarna avseende vilka personalresurser som finns avsatta för fokusgruppernas arbete. Det saknas också tidplan för när fokusgruppernas arbete ska vara klart. Sjukhusdirektören bedömer enligt intervju att flera fokusgrupper kommer att fortgå i flera år. Det bekräftas i intervjuer att styrningen av fokusgrupperna uppfattas som otydlig. Det är inte klargjort vilka förväntningar som finns på resultat från fokusgruppernas arbete.

4.5. Bedömning

Av reglementet för styrelsen vid Skaraborgs Sjukhus framgår att styrelsen ska verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnderna samt bedriva den hälso- och sjukvård som åligger verksamheten enligt lag och enligt regionen ingångna avtal. För att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt är det väsentligt att organisationen har tydlig styrning.

I granskningen har det framkommit att ledamöter upplever att styrelsearbetet inte är tillräckligt strukturerat över året. Ledamöter saknar också skriftliga beslutsunderlag i samband med avvikelser rapporteras muntligt till styrelsen. Vår bedömning är att beredningsarbetet till styrelsen har brister. Då det är få protokollförda beslut är det inte möjligt att följa styrelsearbetet i sin helhet. Vår bedömning är att styrelsen bör bli mer aktiv vad gäller att efterfråga beslutsunderlag och att fatta beslut i styrfrågar.

Vår bedömning är att ledningsgruppen inte fungerar ändamålsenligt. De olika aktörernas roller uppfattas inte som tydliga. En större ledningsgrupp har medfört brist på möjligheter till öppen dialog om specifika verksamheter. Konsekvensen är att ett antal verksamhetschefer upplever att de inte får tillräckligt med stöd och dialog i sitt ledarskap.

Vår bedömning är det finns brister i styrning av fokusgruppernas arbete. Otydliga uppdrag och otydliga förväntningar på resultat och tidplaner medför risk att arbetet i fokusgrupperna blir ineffektivt.

5. Kvalitetsstyrning

5.1. Kvalitetsarbete

Sjukhusets kvalitetsfunktion ansvarar för att samordna och ge stöd i utveckling av vårdprocesser och patientflöden. Utvecklingsarbetet i kvalitetsfunktionen leds av en kvalitetschef samt ett antal processchefer. Till stöd har processcheferna ett antal processledare. Processchefer och processledare ingår inte i linjeorganisationen. Processcheferna ska inom ramen för samordningsansvaret se till att organisatoriska gränser på sjukhuset inte hindrar aktiviteterna i vårdprocesserna. Verksamhetscheferna i linjeorganisation är dock ansvariga för utveckling av kvalitet i de processer som bedrivs inom respektive verksamhetsområde. Enligt intervjuer pågår ett omfattande arbete med processutveckling. Exempel ges på att kvalitetsarbete på flera håll i organisationen bedrivs med stort engagemang. Vid intervjuer lyfts också att samarbetet mellan olika professioner fungerar väl inom kvalitetsarbetet.

Granskningen visar också på brister inom sjukhusets kvalitetsarbete med att utveckla vårdprocesser. Exempelvis framgår från intervjuer att det är stor variation på hur processcheferna arbetar. Det finns även brister avseende vissa processcheferns kompetens för uppdraget där det saknas tillräcklig kunskap om vårdprocesserna. Kvalitetschefen understryker att produktionen skapas i verksamheternas processer och om det finns bristande kunskap om dessa flöden är det svårt att skapa en ändamålsenlig och kvalitetsstyrning. Vidare anser kvalitetschefen att sjukhuset bör förbättra dokumentationen av vårdprocesserna.

Ett av regionfullmäktiges uppdrag till Skaraborgs Sjukhus är att "alla verksamheter ska arbeta för att utveckla kvaliteten i den egna verksamheten samt öka sin produktivitet och effektivitet." Styrelsens har genom detaljbudget för 2015 beslutat att bryta ned målet på följande sätt:

- ▶ Utveckla och ständigt förbättra processerna
- ▶ Följa kvalitetsindikatorer
- ▶ Produktions- och kapacitetsplanering
- ▶ Ta fram och följa produktivitetsmått

Enligt sjukhusdirektör och biträdande sjukhusdirektör arbetar sjukhuset med målet att utveckla kvaliteten samt öka produktivitet och effektivitet. Förutom ledningsgrupper på central- och verksamhetsnivå är fokusgrupperna en viktig del i kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet ska enligt detaljbudget följas upp och rapporteras enligt sjukhusets verksamhetsplan. Månadsvis sker avrapportering av kvalitetsarbetet till ledningsgrupper både på verksamhetsnivå och sjukhusledningsnivå. Av sjukhusets verksamhetsplan framgår följande långsiktiga mål avseende kvaliteten;

Långsiktiga mål 2018	Nuläge	Fokusområden 2015	Prioriterade aktiviteter 2015
PROCESS-PERSPEKTIVET VI HAR HÖG MEDICINSK KVALITET OCH GOD OMVÅRD-NAD	<ul style="list-style-type: none"> • Vi behöver bli bättre på att använda ny kunskap • Vi behöver fortsätta arbetet för att minska antalet vårdskador • Väntetiden för patienten är lång • Forskning och utveckling är otillräckligt sammanvävd med vården • Utifrån vårdens resultat behöver vi bli bättre på systematiskt förbättringsarbete 	<ul style="list-style-type: none"> • Utveckla processarbetet för en säkrare och mer effektiv vård av hög kvalitet • Förbättra tillgängligheten • Minska vårdrelaterade infektioner • Säker informationsöverföring vid utskrivning 	<ul style="list-style-type: none"> • Införa produktions- och kapacitetsplanering i alla patientprocesser • Identifiera de kvalitetsregister som bör prioriteras och förbättra resultaten • Utveckla uppföljning och analys av patientprocessernas resultat för ständiga förbättringar • Fördjupa användningen av förbättringstavlor inom alla verksamheter • Utveckla en forskningsstrategi som bygger på verksamhetens prioriterade utvecklingsområden • Att arbeta med minskning av vårdrelaterade urinvägsinfektioner • Följsamhet till läkemedelsinformation

Tabell 1. Från verksamhetsplan 2015 för Skaraborgs Sjukhus.

5.2. Flera styrkedjor avseende kvalitet

Skaraborgs Sjukhus har flera styrkedjor avseende kvalitet; målstyrning via cheferna i linjeorganisationen, kvalitetsarbete via fokusgrupper samt samordning av processutveckling via kvalitetsfunktionen. Att utveckla kvalitet ingår i samtliga av dessa tre styrkedjor. Intervjuer visar att det förekommer överlappningar vilket medför otydligheter kring roller och ansvar i de olika styrkedjorna avseende kvalitetsarbete. Till exempel ingår processchefer för kvalitetsarbete i fokusgrupper för att utveckla kvalitet. Hur roll och ansvar fördelas mellan en ordförande i en fokusgrupp och en processchef som ingår i en fokusgrupp är otydligt.

5.3. Bedömning

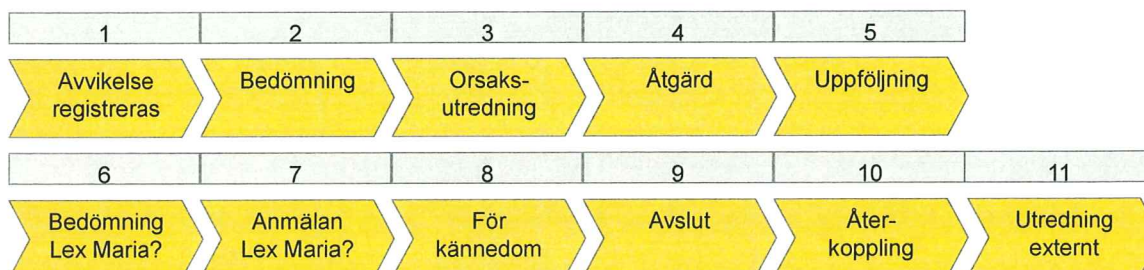
Av reglementet för styrelsen vid Skaraborgs Sjukhus framgår att styrelsen ska verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnderna samt bedriva den hälso- och sjukvård som åligger verksamheten enligt lag och enligt regionen ingångna avtal. För att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt är det väsentligt att organisationen har tydlig kvalitetsstyrning.

Granskningen visar att kvalitetsarbetet har vissa brister. Kunskapen om vårdprocesser är inte tillräcklig bland processchefer och det saknas dokumentation av hela eller delar av sjukhusets vård- och patientflöden. Vi bedömer att kvalitetsarbetet skulle stärkas med ändamålsenlig kompetens hos processchefer samt om berörda vård- och patientflöden dokumenteras. Det är väsentligt för att säkerställa en hög kvalitet, produktivitet och effektivitet i det kvalitetsarbete som bedrivs av kvalitetsfunktionen. Vår bedömning är också att det finns brister i hur roller och ansvar är tydliggjorda i de olika styrkedjorna för kvalitetsstyrning vilket försvårar ändamålsenligt styrning av kvalitetsarbetet.

6. Avvikelsehantering

Rapportering av negativa händelser, tillbud och patientklagomål är en skyldighet och ett ansvar för all personal inom hälso- och sjukvården. Den som upptäcker en avvikelse ska rapportera den i regionens avvikelsehanteringssystem. Det finns ett antal dokumenterade rutiner för avvikelsehantering för hela Västra Götalandsregionen som tillämpas.

Avvikelserna ska handläggas enligt rutinerna som ser ut som följer:



Figur 3. Rutiner för hantering av klagomål, tillbud och avvikelser.

För varje steg finns ansvarsroll och beskrivning av vad som ska upprättas eller genomföras.

6.1. Rapportering av avvikelser

Avseende vårdavvikelser genomförs en sjukhusövergripande sammanställning av patientavvikelser. Den ska enligt rutinerna göras varje år i samband med att sjukhusets patientsäkerhetsberättelse tas fram. Avvikelser kopplade till arbetsmiljö sammanställs varje halvår och redovisas vid sjukhusets skyddskommitté. Styrelsen följer upp vårdavvikelsena vid styrelsemötena i samband med att patientsäkerhetsplan och patientsäkerhetsberättelse presenteras en gång om året.⁴ Presidiet följer även upp avvikelserna på möten med patientnämnden. Det saknas dokumenterade rutiner kring hur styrelsen följer upp eventuella åtgärder med anledning av inträffad avvikelse. Enligt uppgift tas större avvikelser upp som ärenden till presidiet eller styrelsen.

Enligt intervjuade verksamhetschefer finns förbättringsområden i det praktiska arbetet inom avvikelshantering. Många verksamhetschefer lyfter att de saknar en systematik för att analysera avvikelserna för att kunna dra slutsatser om vilka områden det uppstår avvikelser och orsakerna bakom dem. Systematik i det praktiska arbetet anses av de intervjuade som avgörande för att avvikelshantering ska leda till utveckling av verksamheten. Enligt intervjuer behandlas avvikelserna av verksamhetschefer vid arbetsplatsträffar.

6.2. Bedömning

Enligt vår bedömning har styrelsen säkerställt att det finns ett strukturerat arbetssätt för avvikelshantering genom dokumenterade rutiner. Däremot brister arbetet med avvikelshantering i praktiken. Enligt vår bedömning är det väsentligt att styrelsen säkerställer att avvikelser analyseras och att vidtagna åtgärder följs upp så att avvikelshantering leder till utveckling av verksamheten.

7. Ekonomistyrning

7.1. Vårdöverenskommelse

Ekonomistyrningen för Skaraborgs Sjukhus utgår ifrån en årlig vårdöverenskommelse som sjukhuset upprättat med hälso- och sjukvårdsnämnd 9 och 10 (från och med 1 januari 2015 ersatt av östra hälso- och sjukvårdsnämnden). Vårdöverenskommelsen reglerar vårdvolym, ersättning, mål och inriktning som Skaraborgs Sjukhus ska bedriva. Genom vårdöverenskommelse har sjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämnd 9 och 10 kommit överens om att vårdersättningen delas upp i ersättning för verksamhet med fast belopp (verksamhetsanslag), prestationsersatt verksamhet och riktade uppdrag. Genom en ny resursfördelningsmodell har östra hälso- och sjukvårdsnämnden fått minskade regionbidrag, vilket medfört att Skaraborgs Sjukhus fått minskade ersättningar från nämnden.⁵

⁴ Styrelsen beslutade att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2014 och plan 2015 i mars 2015.

⁵ Genom en tilläggsöverenskommelse beslutad i februari 2015 mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen erhöll Skaraborgs Sjukhus en ökad budget med 75 miljoner, vilket utgörs av regionfullmäktiges satsning för att täcka obalanser. Ett antal ytterligare budgetjusteringar gjordes vilket sammantaget innebar att Skaraborgs sjukhus fått en nettoökning med 20 miljoner för 2015.

7.2. Detaljbudget

I sjukhusets detaljbudget specificeras intern resursfördelning utifrån vårdöverenskommelsen. Detaljbudget för 2015 redovisar ett antal utmaningar avseende ekonomin för 2015.⁶ Till följd av sjukhusets prognosticerade ekonomiska obalans år 2015 bedömdes att åtgärder behöver vidtas för att minska nuvarande kostnadsnivå. Enligt detaljbudget krävs kraftfulla åtgärder för att möta minskad vårdersättning och höjda effektiviseringskrav.

Styrelsens detaljbudget utgår från ett antal prognoser, exempelvis uppskattade sjukvårdstillfällena. Antalet uppskattade sjukvårdstillfällena och vårdprestationer regleras av vårdöverenskommelsen. Den utgår även från faktiska produktionsvolymerna de senaste tre åren. Av detaljbudgeten framgår att styrelsen budgeterat att verksamhetens kostnader ska minska med 42,5 mnkr i jämförelse med utfallet 2014.

7.3. Ekonomisk rapportering under 2015

I delårsrapport per mars 2015 redovisas en budgetavvikelse för perioden på -14 mnkr. Resultatet för perioden var -17 mnkr. För 2015 bedöms i delårsrapporten att sjukhuset inte kan uppnå en ekonomi i balans. Resultatprognosen per helår uppgår till -70,0 mnkr vilket innebär en budgetavvikelse på -58,0 mnkr inklusive beräknad effekt av framtagna åtgärder.

I månadsrapporten från juli månad år 2015 redovisas en budgetavvikelse för perioden på -19 mnkr och ett resultat för perioden på -69 mnkr. Den största budgetavvikelsen avser köpt vård (-26,4 procent per juli). Uppföljningarna visar även att kostnaden för bemanningsföretag ökat från 22,3 mnkr per juli år 2014 till 23,7 mnkr per juli år 2015 (6,2 procent i jämförelse med föregående år). Kostnadsutvecklingen i stort på sjukhuset har varit 5,6 procent från januari fram till och med maj 2015 (målet var max 1 procent ökning). Däremot har kostnad för övertid minskat från 29,4 mnkr per juli år 2014 till 27,2 mnkr per juli år 2015 (-7,5 procent).

Utifrån intervjuer med styrelsen anser en majoritet av styrelsens ledamöter att de saknar information om vad det ekonomiska underskottet beror på. Vissa ledamöter anser att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att motverka det ekonomiska underskottet på kort sikt. Några efterfrågar tydligare fokus på ekonomi vid styrelsemötena.

Skaraborgs Sjukhus har redovisat negativa budgetavvikelser i mars 2015. Styrelsen har inte fattat beslut om åtgärder eller beslutat att efterfråga underlag om budgetunderskottens orsaker förrän i juni 2015. Först i slutet av augusti var ett möte inbokad för att styrelsen skulle få information om orsaker till budgetunderskottet.

Styrelseledamöter anser att verksamhetsärenden har tagit fokus från hantering av budgetunderskottet.⁷ Enligt sjukhusdirektören är den ekonomiska situationen allvarlig och innebär behov av omfattande åtgärder.

⁶ Exempelvis bedöms det vara en stor utmaning att inom ersättningstaket att hantera de förväntade kostnadsökningarna till följd av införande av nya läkemedel, ny medicinsk utveckling, utökade volymer för kostnadskrävande ingrepp, nödvändiga tillgänglighetssatsningar, nödvändiga lokalinvesteringar, ny hyresmodell och ny styrmodell för serviceområdet.

⁷ Styrelsen beslutade den 26 maj 2015 att vårdbyggnad för psykiatri inklusive akutmottagning placeras i Skövde i anslutning till byggnad för ny akutmottagning. Beslutet innebär att en omfattande del av

7.4. Besparingsåtgärder

Enligt det planeringsdirektiv som är utfärdat av regionstyrelsen ska de förvaltningar som befarar ekonomiska obalanser under året, redan i delårsrapport för mars månad redovisa till regionstyrelsen vilka åtgärder man tänker vidta för att komma i balans vid utgången av innevarande år. Det har redovisats negativa budgetavvikelser i mars. Styrelsen har inte fattat beslut om åtgärder eller att efterfråga underlag om budgetunderskottens orsaker förrän i juni 2015. Först i slutet av augusti var ett möte inbokat för att styrelsen skulle få information om orsaker till budgetunderskottet. Flera styrelseledamöter lyfter att de har bristande information om budgetunderskottets orsaker.

Sjukhusdirektören har beslutat om ett antal besparingsåtgärder vilka har godkänts av styrelsen i juni år 2015.⁸ Åtgärderna har sammanställts i fyra steg. Steg 1 och 2 är beslutade och steg 3 och 4 är under planering.⁹ Några av de beslutade åtgärderna avser uppdrag till verksamhetscheferna att presentera kostnadsminskningar i sina respektive verksamhetsområden. Minskade kostnader till följd av minskad övertid samt minskade kostnader för sjukskrivningar och sjuklön genom minskad sjukfrånvaro är exempel på åtgärder som verksamhetscheferna fått i uppdrag att genomföra. I bilaga 3 redovisas de pågående åtgärderna utifrån de fyra stegen och även de besparingsåtgärder som framgått av delårsrapporten per mars år 2015.

I syfte att följa upp beslutade åtgärder genomför sjukhusdirektören ekonomialogier varje kvartal under 2015 med verksamhetscheferna. Vid ekonomialogier görs genomgångar av respektive verksamhetscheferns arbete med budget och besparingsåtgärder. Det har framkommit i intervjuer att fler perspektiv än ekonomi skulle behöva ingå i ekonomialogierna. Verksamhetschefer saknar att ha dialog utifrån ett helhetsperspektiv där både ekonomi, produktion och kvalitet ingår.

7.5. Verksamhetens uppfattning om budget och verksamhetsplan

Vi har genom en enkät bett samtliga verksamhetschefer att svara på följande påstående: "Jag anser att Skaraborgs Sjukhus detaljbudget, verksamhetsplan och gällande vårdöverenskommelse ger mig förutsättning för att planera verksamheten utifrån vårdvolym och vårdkvalitet inom givna ekonomiska ramar. Vi har fått in 13 stycken svar utav 14 utskickade en-

psykiatri i Falköping flyttas till Skövde. Motsvarande beslut fattades även av östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

⁸ Ordförande för styrelsen uppger att styrelsen har fattat beslut om åtgärder som motsvarar fyra steg och att detta har skett i och med att styrelsen godkände delårsrapporten per mars 2015. Av protokollgranskning har vi inte kunnat se att styrelsen har fattat beslut om åtgärder av ekonomin förrän i juni 2015 då styrelsen beslutade att godkänna strukturen för pågående åtgärder för ekonomisk balans vid Skaraborgs Sjukhus.

⁹ Åtgärderna finns inte samlade i en åtgärdsplan, däremot framgår en beskrivning av åtgärderna från styrelsens protokollsanteckningar från juni och åtgärdernas planerade resultat framgår av protokollshandlingar för en presidieöverläggning från april 2015 och har även redovisats i central samverkansgrupp med de fackliga företrädarna. Åtgärderna för steg 1 och 2 har kommunicerats via föredragningar för styrelsen och i ledningsgruppen.

käter. Svaren visade att 9 av 13 verksamhetschefer inte instämmer alls eller instämmer bara till viss del. (se diagram 1).¹⁰

Verksamhetscheferna fick även möjlighet att skriftligt motivera sina svar. Ett antal chefer lyfte att det saknas tydlighet i gällande vårdöverenskommelse och att det saknas finansiering för delar av sjukhusets verksamhet, exempelvis avseende vissa mediciner och personalförskning. Budgeten tar enligt vissa som svarat på enkäten inte hänsyn till ökande patientvolym.

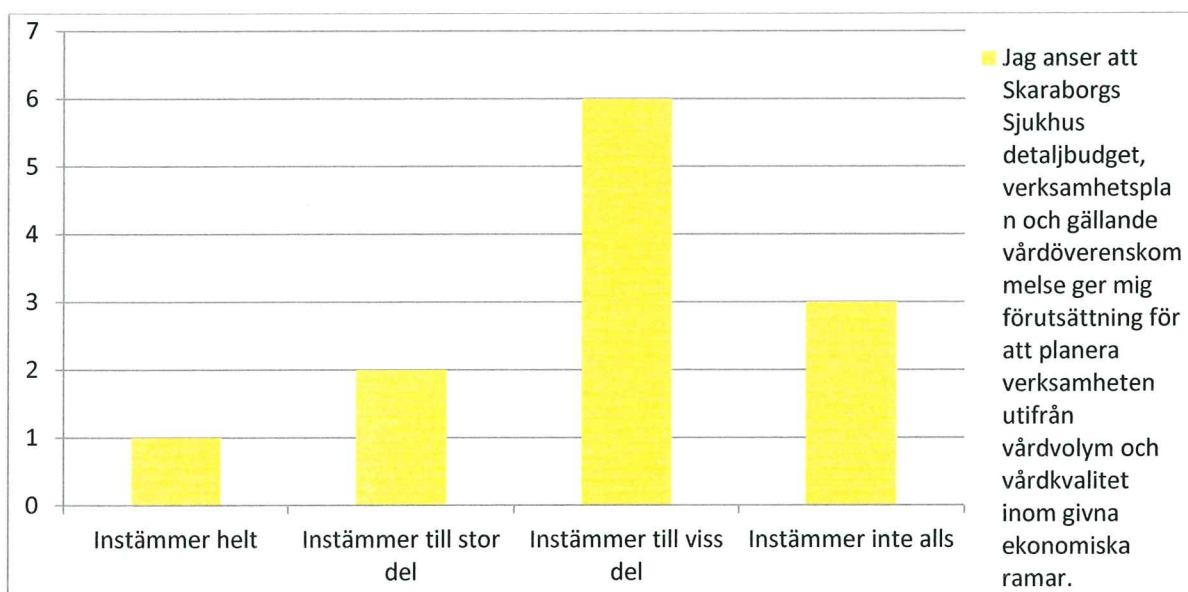


Diagram 1.

Vi bad även verksamhetscheferna svara på följande påstående: "Jag anser att styrelsens beslut om budget har accepterats av cheferna i mitt verksamhetsområde." Av de 13 som svarade uppgav 3 att de instämmer helt, 4 att de instämmer till stor del och 6 stycken att de instämmer till viss del (se diagram 2).

¹⁰ Ett svar uppgav att mellan "stämmer till stor del" och "stämmer till viss del", varför vi valt att inte ta med det svaret i diagrammet.

Som motivering menar verksamhetschefer att det finns en stor lojalitet med fattade beslut och att alla arbetar för att lösa den ekonomiska situationen samt upplever en följsamhet och respekt till tilldelad budget. Enhetschefer anser att problem med vårdöverenskommelse eller anpassning till budget är orsak till att budgeten inte har accepterats fullt ut.

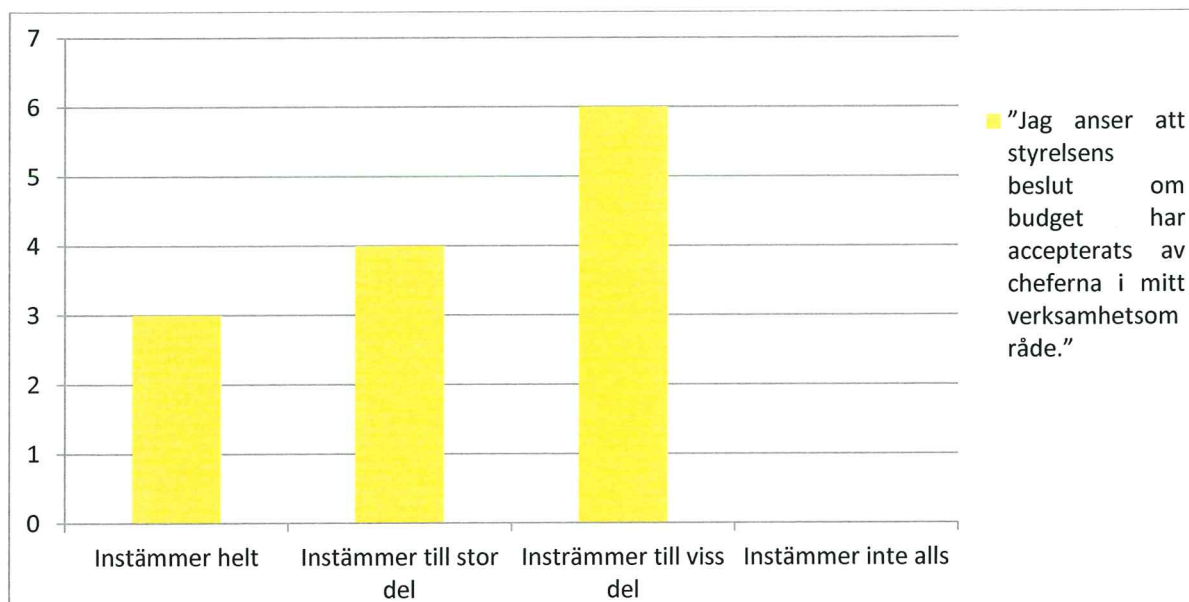


Diagram 2.

7.6. Bedömning

Enligt vår bedömning har styrelsen brustit i styrning och ledning med anledning av hanteringen av den ekonomiska situationen. Vi bedömer att styrelsen inte varit tillräckligt aktiv för att hantera sjukhusets växande budgetunderskott. Det har redovisats negativa budgetavvikelser i mars. Styrelsen har inte fattat beslut om åtgärder eller att efterfråga underlag om budgetunderskottens orsaker förrän i juni 2015. Flera styrelseledamöter lyfter att de har bristande information om budgetunderskottets orsaker.

Vår bedömning är att det finns brister i ekonomistyrningen på verksamhets- och enhetsnivå. Ekonomistyrning sker genom dokumenten detaljbudget, verksamhetsplan och gällande vårdöverenskommelse. Enkät visar att flertalet (70%) av verksamhetscheferna anser att styrningen inte alls eller bara till viss del ger dem förutsättningar att planera verksamheten utifrån vårdvolym och vårdkvalitet inom givna ekonomiska ramar. Samma enkät visar att cirka hälften (47%) av verksamhetscheferna anser att budgeten bara till viss del är accepterad av cheferna inom verksamhetsområdet. Vi bedömer att ekonomistyrningen behöver stärkas genom kommunikation av budget och verksamhetsplan på enhetsnivå.

8. Intern kontroll

8.1. Riskanalys

Det genomförs ingen riskanalys för sjukhuset som grund för arbetet med intern kontroll. Det bedrivs inte heller något strukturerat internkontrollarbete. Även på verksamhetsnivå saknas strukturerad riskanalys och intern kontroll.¹¹

8.2. Internkontrollplan

Sjukhuset har sedan 2013 saknat en internkontrollplan. Undantag är HR-enheten och ekonomienheten inom staben som har internkontrollplaner. Av intervju med styrelse och sjukhusdirektör framgår att styrelsen inte kommer att anta någon internkontrollplan för 2015, men planerar att påbörja ett arbete med intern kontroll inför 2016. Styrelsen har i juni år 2015 beslutat om nya riktlinjer för den interna kontrollen. Av underlag till beslutet framgår att riktlinjerna innebär att en organisationsövergripande riskanalys ska fastställas av styrelsen i samband med budgetarbetet. Av riktlinjen framgår ansvarsfördelning mellan styrelse, sjukhusdirektör, verksamhetschef/enhetschef samt övriga medarbetare. Styrelsen har ansvaret att upprätta en struktur för den interna kontrollen.

Det har därför inte skett någon uppföljning av planen och vi har inte kunnat se att styrelsen på annat sätt strukturerat följt upp sjukhusets interna kontrollarbete. Det har dock skett rapportering och beslut i styrelsen om nya riktlinjer för intern kontroll.

8.3. Bedömning

I kommunallagens 6 kap § 7 regleras styrelsens ansvar för verksamheten. Där framgår att styrelsen ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ska enligt regionens riktlinjer om intern kontroll årligen genomföra och fastställa en risk- och väsentlighetsanalys i samband med budgetarbetet samt anta en internkontrollplan som ska följas upp.

Enligt vår bedömning har styrelsen inte säkerställt en tillräcklig intern kontroll. Styrelsen har inte tillsett att det genomförts en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys eller antagits en internkontrollplan i enlighet med de regionövergripande riktlinjerna. Vi bedömer att detta är en väsentlig brist och att ett internt kontrollarbete är centralt i styrningen, exempelvis för att hantera och åtgärda budgetunderskott. Styrelsen har dock upprättat en lokal riktlinje inför 2016 vilket vi bedömer kan skapa förutsättningar att utveckla det interna kontrollarbetet på Skaraborgs sjukhus inför kommande år. Sjukhusets lokala riktlinjer sammanfaller enligt vår bedömning i allt väsentligt med regionstyrelsens riktlinjer avseende riskanalys, kontrollplan, uppföljning och dokumentation. Enligt vår bedömning har styrelsen inte säkerställt uppföljning av den interna kontrollen då det saknas verktyg för detta, exempelvis en internkontrollplan utifrån genomförd risk- och väsentlighetsanalys.

¹¹ Med undantag för ambulansverksamheten som har en internkontrollplan över den tekniska utrustningen.

9. Uppföljning

9.1. Uppföljningsrapporter

Skaraborgs Sjukhus verksamhet, mål och ekonomi följs löpande upp av styrelsen och förvaltningen. Styrelsen följer upp verksamheten tertialvis genom delårsbokslut per mars, per augusti samt årsbokslut.¹² Utöver tertialuppföljningarna följer förvaltningen löpande upp verksamheten genom månadsvisa uppföljningar av verksamhetsplan. Nyckeltalsrapporter och löpande uppföljning genom regionens målportal görs också. Vi har sammanställt samtliga uppföljningar som genomförs i bilaga 4.

9.2. Analys av den ekonomiska utvecklingen

Som beskrivs ovan har Skaraborgs Sjukhus redovisat budgetavvikelser under 2015. Budgetavvikelserna har analyserats, exempelvis i delårsrapport per mars 2015.

De främsta orsakerna till den ekonomiska obalansen enligt delårsrapporten uppges vara förändrade ekonomiska förutsättningar i enlighet med ny resursfördelningsmodell, internhyresmodell och tillkommande effektiviseringskrav samt en relativt hög kostnadsutveckling under 2014. Delårsrapporten lyfter särskilt fram budgetavvikelsen för personalkostnad som förklaring till de ökade kostnaderna. Den ökade personalkostnaden kan enligt delårsrapporten förklaras av volymökning och ökade kostnader för bemanningsföretag. Vidare framgår ökade kostnader för läkemedel, laboratorietjänster, medicinskt material.

Sjukhusdirektören har under våren gett ekonomichefen i uppdrag att analysera budgetunderskottet. Sjukhusdirektören betonar även att samtliga stabs- och verksamhetschefer i sina chefsroller har ansvar för att också löpande analysera orsakerna till det ekonomiska läget. Enligt ekonomichefen genomför staben djupanalyser inom vissa områden och regionens controllers genomför även jämförelser med andra sjukhus inom utvalda områden. Enligt ekonomichefen grundar sig analysarbetet bland annat på att verksamhetscheferna inför varje tertialuppföljning får besvara standardiserade frågor om verksamhetens ekonomi och produktion som samlas in av ekonomienheten. Ekonomichefen anser att det är en utmaning att upprätta analyser och att det är varierande kvalitet på verksamhetschefernas analyser. Enligt ekonomichefen saknas underlag för att bedöma vilka verksamheter som har störst möjlighet att effektivisera och genomföra besparingar. Vissa verksamhetsområden har enligt ekonomichefen fått en ofördelaktig budget då de har många kostsamma patientgrupper och därför mindre möjligheter än andra att genomföra effektiviseringar.

Av de intervjuer vi har genomfört med styrelseledamöter efterfrågar flertalet av ledamöterna utökad analys av budgetunderskottet. Enligt sjukhusdirektören och ställföreträdande sjukhusdirektör är sjukhusets analyser av den ekonomiska utvecklingen inte tillfredsställande. Generellt sett är de analyser som genomförs inte av tillräckligt hög kvalitet och inte tillräckligt omfattande. De menar att det saknas tillräckliga slutsatser om samband mellan sjukhusets

¹² Av delårsbokslut mars 2015 har regionfullmäktiges mål inte följts upp. Enligt ställföreträdande sjukhusdirektör följs målen inte upp vid delårsboksluten, utan endast vid årsbokslutet eftersom det av uppföljningsanvisningarna från regionen framgår att regionfullmäktiges mål inte behöver följas upp vid delår. Ställföreträdande sjukhusdirektör påstår dock att flera av regionfullmäktigemålen följs upp på annat vis, exempelvis genom målportalen.

verksamhet och ekonomiska resultat. Enligt sjukhusdirektören ger förvaltningen ofta en alltför ensidig analys och flera slutsatser upprepas i flera återrapporteringar. Ställföreträdande sjukhusdirektör bedömer att sjukhusets har en bristande analys som beror på att det dels behövs utökad kompetens inom analysarbete och dels att förvaltningskontoret är underbemannat. Det innebär att fokus läggs på att lösa kortsiktiga frågor snarare än analys och strategiska frågor. Ställföreträdande sjukhusdirektör anser att det genomförs för många olika uppföljningar och att dessa inte är sammanhängande.

9.3. Bedömning

För att Skaraborgs Sjukhus styrelse ska kunna säkerställa att sjukhusets verksamhet bedrivs ändamålsenligt är det väsentligt att det sker en systematisk uppföljning. För närvarande genomförs en rad återkommande uppföljningar avseende verksamhetens mål, kvalitet och ekonomi, exempelvis tertialuppföljningar, månatliga uppföljningar av sjukhusets verksamhetsplan och nyckeltalsrapport.

Enligt vår bedömning har styrelsen inte säkerställt tillräcklig analys i samband med uppföljningar av sjukhusets verksamhet. Vi bedömer att budgetavvikelserna inte utretts i tillräcklig omfattning, vilket bekräftas av att flera av styrelseledamöterna upplever att de inte i tillräcklig utsträckning känner till orsakerna bakom det budgetunderskottet.

Enligt vår bedömning är det väsentligt att de uppföljningar som genomförs ger styrelsen en tillräcklig insyn och kunskap om verksamheten. Av den anledningen är det viktigt att det genomförs uppföljningar som analyserar orsakssamband mellan verksamhet och ekonomiskt utfall så att styrelsen får möjlighet att förstå orsakerna bakom det ekonomiska resultatet och därmed har förutsättningar att styra verksamheten.

10. Samlad bedömning

10.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<i>Har styrelsen i sin budget och verksamhetsplan beaktat regionfullmäktiges mål och uppdrag?</i>	<p>Styrelsen har i detaljbudget 2015 redovisat och brutit ned samtliga mål och uppdrag som tilldelats av regionfullmäktige. Det förekommer dock variationer i hur styrelsen har brutit ned regionfullmäktiges mål i detaljbudgeten.</p> <p>Av styrelsens verksamhetsplan går det enligt vår bedömning inte på ett tydligt sätt härleda målen till regionfullmäktiges mål och uppdrag. Enligt vår bedömning är det en brist eftersom verksamheterna utgår från verksamhetsplanerna när de bryter ned målen. Detta innebär att det inte finns någon tydlig målkedja från regionfullmäktige till verksamheterna, vilket är väsentligt för att säkerställa att regionfullmäktiges beslut och vilja verkställs.</p>
<i>Om styrelsen fattat beslut om egna mål, i vilken mån stödjer dessa regionfullmäktiges mål?</i>	<p>Styrelsen har under 2015 fattat beslut om egna mål genom verksamhetsplanen. Enligt vår bedömning är det inte möjligt att härleda målen i styrelsens verksamhetsplan till regionfullmäktiges mål. Då är det inte heller möjligt att bedöma i vilken mån målen stödjer fullmäktiges mål.</p>
<i>Har styrelsen för Skaraborgs Sjukhus gjort en riskbedömning som ligger till grund för en tydlig och aktiv intern styrning och kontroll? (t.ex. internkontrollplan)</i>	<p>Styrelsen har inte gjort någon riskbedömning som ligger till grund för sjukhusets interna kontrollarbete. Däremot har styrelsen fattat beslut om riktlinjer för intern kontroll där det framgår att riskanalys ska göras i samband med budgetarbetet. Enligt vår bedömning har styrelsen inte säkerställt en tillräcklig intern kontroll avseende Skaraborgs Sjukhus för 2014 och 2015.</p>
<i>Är styrelsens beslut om budget och verksamhetsplan för Skaraborgs Sjukhus tydligt så att verksamheten ges förutsättningar att klara sitt uppdrag vad gäller vårdvolym och vårdkvalitet inom givna ekonomiska ramar?</i>	<p>Vår bedömning är att det finns brister i ekonomistyrningen på verksamhets- och enhetsnivå. Ekonomistyrning sker genom dokumenten detaljbudget, verksamhetsplan och gällande vårdöverenskommelse. Enkät visar att flertalet verksamhetschefer anser att styrningen inte alls eller bara till viss del ger dem förutsättningar att planera verksamheten utifrån vårdvolym och vårdkvalitet inom givna ekonomiska ramar.</p>
<i>Är styrelsens beslut om budget accepterade av verksamheten?</i>	<p>Vår bedömning är att det finns brister i ekonomistyrningen på verksamhets- och enhetsnivå. Enkät visar att cirka hälften av verksamhetscheferna anser att budgeten bara till viss del är accepterad av cheferna inom verksamhetsområdet.</p> <p>Som motivering lyfts att finansiering saknas och att budget inte tar hänsyn till förändrade vårdbehov.</p>

<p><i>Har styrelsen fattat beslut som tydliggjort för verksamheten vilka åtgärder som skall vidtas för att nå en ekonomi i balans?</i></p>	<p>Enligt vår bedömning har styrelsen inte varit tillräckligt aktiv i sin styrning och ledning över verksamheten med anledning av hanteringen av den ekonomiska situationen. Skaraborgs Sjukhus har redovisat negativa budgetavvikelser för samtliga månader första halvåret. Ändå har styrelsen inte fattat beslut om exempelvis åtgärder eller underlag om budgetunderskottens orsaker förrän i juni.</p> <p>Flera styrelseledamöter lyfter att de har bristande information om budgetunderskottets orsaker och att det ännu inte hade vidtagits tillräckliga åtgärder.</p>
<p><i>Hur säkerställer styrelsen att Skaraborgs Sjukhus uppfyller regionfullmäktiges mål att "alla verksamheter ska arbeta för att utveckla kvaliteten i den egna verksamheten samt öka sin produktivitet och effektivitet"?</i></p>	<p>Styrelsen har i detaljbudget beslutat om ett antal åtgärder för att uppnå regionfullmäktiges mål om kvalitetsutveckling och i sjukhusets verksamhetsplan finns en nulägesanalys samt vilka aktiviteter och åtgärder som avser årets verksamhet. Ett antal fokusgrupper har tillsatts i syfte att utveckla verksamheternas kvalitet.</p> <p>Granskningen visar att kvalitetsarbetet har vissa brister. Kunskapen om vårdprocesser är inte tillräcklig bland processchefer och det saknas dokumentation av hela eller delar av sjukhusets vård- och patientflöden. Vi bedömer att kvalitetsarbetet skulle stärkas med ändamålsenlig kompetens hos processchefer samt om berörda vård- och patientflöden dokumenteras. Det är väsentligt för att säkerställa en hög kvalitet, produktivitet och effektivitet i det kvalitetsarbete som bedrivs av kvalitetsfunktionen. Det har även framkommit att ledamöter ur fokusgrupperna anser att uppdraget och deras mandat är otydliga.</p>
<p><i>Hur säkerställer styrelsen att vården är kvalitetsdriven?</i></p>	<p>Inom sjukhuset finns en kvalitetsfunktion som ska samordna och utveckla vårdprocesser och patientflöden i syfte att öka vårdkvaliteten.</p> <p>Alla verksamhetschefer har uppdrag att ansvara för utveckling av kvalitet. Månatliga uppföljningar görs där kvalitetsmätt mäts genom nyckeltalsrapporter.</p> <p>Sjukhuset har flera styrkedjor avseende kvalitet; målstyrning via cheferna i linjeorganisationen, kvalitetsarbete via fokusgrupper samt samordning av processutveckling via kvalitetsfunktionen. Vår bedömning är också att det finns brister i hur roller och ansvar är tydliggjorda i de olika styrkedjorna för kvalitetsstyrning vilket försvårar ändamålsenligt styrning av kvalitetsarbetet.</p>
<p><i>Finns det en organisation som är utformad på ett sätt, där ansvar och befogenheter tydliggjorts, så att en god intern styrning och kontroll kan säkerställas?</i></p>	<p>Sjukhuset har på kort tid genomgått organisatoriska förändringar som påverkar sjukhusets styrning och interna kontrollmiljö. Granskingen visar att ledamöter upplever att styrelsearbetet inte är tillräckligt strukturerat över året. Ledamöter saknar också skriftliga beslutsunderlag i samband med att avvikelser rapporteras muntligt till styrelsen. Vår bedömning är att beredningsarbetet till styrelsen har brister. Då det är få protokollförda beslut är det inte möjligt att följa styrelsearbetet i sin helhet. Vår bedömning är att styrelsen bör bli mer aktiv vad gäller att efterfråga beslutsunderlag och att fatta beslut i styrfrågar. Vår bedömning är att ledningsgruppen inte fungerar ändamålsenligt. En större ledningsgrupp har medfört brist på möjligheter till öppen dialog samt tal om specifika verksamheter. Konsekvensen är att ett antal verksamhetschefer upplever att de inte får tillräckligt med stöd och dialog i sitt ledarskap. Det är också otydligt vilket mandat och vilka resurser fokusgrupper har.</p>

<p><i>Har styrelsen säkerställt att Skaraborgs Sjukhus har en tillräcklig uppföljning och rapportering av internkontrollplanen till styrelsen?</i></p>	<p>Vår bedömning är att styrelsen inte har säkerställt en tillräcklig uppföljning och rapporteringen då det sedan 2013 saknas en internkontrollplan. Styrelsen har inte antagit en internkontrollplan för år 2015.</p> <p>Vi bedömer dock att de framtagna riktlinjerna för 2016 ger förutsättningar för att påbörja ett strukturerat intern kontrollarbete med systematisk uppföljning och rapportering.</p>
<p><i>Hur tillser styrelsen att rutiner för avvikelserapportering fungerar tillfredsställande?</i></p>	<p>Det finns ett avvikelshanteringssystem med tillhörande dokumenterade rutiner. I rutinbeskrivningarna finns exempelvis roll- och ansvarsfördelning beskrivet. Avvikelsemetoden säkerställer tillfredsställande rutiner för om det ska genomföras orsakstudering, åtgärder, uppföljningar, eventuella lex Maria-anmälningar etc.</p> <p>Gällande ekonomiska avvikelser är vår bedömning att avvikelserapporteringen bör stärkas. Styrelsen erhåller löpande uppföljningar om den ekonomiska utvecklingen och eventuella budgetavvikelse. Enligt intervjuade styrelseledamöter och tjänstemännen saknas tillräcklig analys av budgetunderskott.</p>
<p><i>Följer styrelsen upp avvikelser och tar styrelsen beslut om och följer upp resultat av åtgärder vid avvikelser?</i></p>	<p>Styrelsen följer upp vårdavvikelse årligen i patientsäkerhetsberättelse och avvikelser kopplade till arbetsmiljö sammanställs varje halvår och redovisas vid sjukhusets skyddskommitté. Enligt vår bedömning har styrelsen säkerställt att det finns ett strukturerat arbetssätt för avvikelshantering genom dokumenterade rutiner. Däremot brister arbetet med avvikelshantering i praktiken. Enligt vår bedömning är det väsentligt att styrelsen säkerställer att avvikelser analyseras och att vidtagna åtgärder följs upp så att avvikelshantering leder till utveckling av verksamheten.</p>
<p><i>Hur återrapporteras resultat av åtgärder till styrelsen?</i></p>	<p>Det saknas dokumenterade rutiner för återrapportering. De intervjuade uppger dock att om det är något av större vikt sker information till presidiet eller styrelsen.</p>
<p><i>Har styrelsen säkerställt att Skaraborgs Sjukhus i övrigt har en tillräcklig uppföljning och rapportering av verksamhetens utveckling i relation till fullmäktiges mål?</i></p>	<p>Enligt vår bedömning genomförs kontinuerliga uppföljningar som sammanställer utveckling av verksamheten i relation till regionfullmäktiges mål. Exempelvis följs regionfullmäktiges mål upp genom målportal och delårsbokslut. Det genomförs många månatliga uppföljningar om nyckeltal som ger insyn i verksamhetens ekonomi, produktion och kvalitet.</p> <p>Enligt vår bedömning skulle uppföljningarna dock stärkas om det fanns en tydligare koppling mellan verksamhetsplanen och regionfullmäktiges mål.</p>
<p><i>Har styrelsen säkerställt att den har tillräckligt underlag för att fatta beslut om eventuella åtgärdsplaner om verksamhetens utveckling avviker från en planerad?</i></p>	<p>Enligt vår bedömning har styrelsen inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att den får tillräckliga underlag för att besluta om åtgärder när verksamhetens utveckling har avvikit från det planerade. Under år 2015 har budgetavvikelsen vuxit varje månad fram till och med juni månad. Såväl styrelse som sjukhusdirektör har dock uppgivit att det saknas tillräcklig analys för att förstå orsakssambanden om den uppkomna ekonomiska situationen.</p>

10.2. Slutsats och rekommendationer

Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen för Skaraborgs Sjukhus bedriver en tydlig, aktiv och ändamålsenlig intern styrning och kontroll.

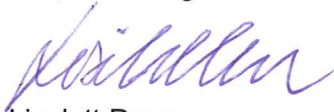
Vår sammanfattande slutsats utifrån granskningens syfte och uppställda revisionskriterier är att styrelsen inte varit tillräckligt tydlig och aktiv och därför inte säkerställt en ändamålsenlig intern styrning och kontroll. Skaraborgs Sjukhus har redovisat negativa budgetavvikelser för samtliga månader under första halvåret. Ändå har styrelsen inte fattat beslut om åtgärder eller beslutat att efterfråga underlag om budgetunderskottens orsaker förrän i juni. Styrelseledamöter lyfter att de har bristande kunskap i budgetunderskottets orsaker och att det inte vidtagits tillräckliga åtgärder. Med ett ökande budgetunderskott är tydlig styrning och kommunikation med cheferna centralt. Den nya förvaltningsorganisationen har visat sig inte vara ändamålsenlig utifrån möjligheten att ge stöd till cheferna. Styrelsen har inte tillsett att det genomförts en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys eller antagits en internkontrollplan de två senaste åren.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi styrelsen för Skaraborgs Sjukhus att:

- ▶ Säkerställa att regionfullmäktiges mål bryts ned på verksamhetsnivå och att målen kommuniceras till samtliga medarbetare
- ▶ Fastställa en internkontrollplan utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys samt följa upp planen
- ▶ Säkerställa att styrelsen har tillräckligt med underlag för att fatta beslut om åtgärder om avvikelser i verksamheten uppstår
- ▶ Säkerställa att sjukhusets budget är förankrad i hela verksamheten
- ▶ Utveckla uppföljning och analys av verksamhet och ekonomi
- ▶ Säkerställa att alla verksamheter arbetar systematiskt för att utveckla vårdprocesser och kvalitet

Göteborg den 7 oktober 2015

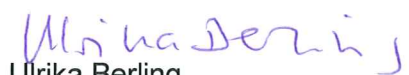
Ernst & Young AB



Liselott Daun
Certifierad kommunal yrkesrevisor



Kristoffer Filipsson
Verksamhetsrevisor



Ulrika Berling
Kvalitetssäkrare och certifierad
kommunal yrkesrevisor

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

- Ulla-Britt Hagström, ordförande
- Johan Ask, vice ordförande
- Annika Håkansson, ledamot
- Linnea Hultmark, ledamot
- Ove Nordström, ledamot
- Maria Radivoj, ledamot
- Christer Ahlén, ledamot
- Bo Bergsten, ledamot
- Torbjörn Colling, ledamot

Förvaltningen

- Sjukhusdirektör
- Ställföreträdande sjukhusdirektör/servicechef
- Administrativ chef
- Ekonomichef
- HR-chef
- Kvalitetschef
- Utvecklingschef
- Verksamhetschef Forskning och Utveckling
- Verksamhetschef K1 (Bild och funktionsmedicin, Arbetsterapi, Sjukgymnastik/Fysioterapi)
- Verksamhetschef K2 (Kirurgi, Urologi, Palliativ vård)
- Verksamhetschef K3 (Kvinnosjukvård, barn- och ungdomsmedicin)
- Verksamhetschef K4 (Ortopedi)
- Verksamhetschef M1 (Medicin Skövde, Neuro/Rehab)
- Verksamhetschef M4 (Akutmottagning Skövde, Ambulans, AVA)
- Verksamhetschef M5 (Vuxenpsykiatri)
- Verksamhetschef M6 (Barn- och ungdomspsykiatri, Diagnostiskt center, Psykoterapicenter, Åtstörningsenhet)

Dokumentförteckning

- ▶ Anteckningar stabsledning 2015
- ▶ Användarmanual MedControl PRO
- ▶ Arbetsordning för styrelsen 2015
- ▶ Delegationsordning 2015
- ▶ Delårsrapport per mars 2015
- ▶ Detaljanvisningar 2015 från regionkansliet
- ▶ Detaljbudget 2015
- ▶ Lathund MedControl Pro
- ▶ Organisationskiss Skaraborgs Sjukhus
- ▶ Protokoll från ledningsgrupp 2015
- ▶ Planeringsdirektiv för 2015, regionstyrelsen
- ▶ Protokoll central samverkansgrupp 2015
- ▶ Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2014-2015
- ▶ Regionfullmäktiges mål – verksamheternas texter från detaljbudget 2015
- ▶ Reglemente intern kontroll Skaraborgs Sjukhus
- ▶ Reglemente Skaraborgs Sjukhus Styrelse
- ▶ Riktlinjer för intern kontroll
- ▶ Snabbfakta 2015 (fram till och med juli 2015)
- ▶ Styrtalesrapporter i urval 2015
- ▶ Uppdragshandlingar för fokusgrupperna
- ▶ Uppföljning av verksamhetsplan (fram till och med juli 2015)
- ▶ Verksamhetsplan Skaraborgs Sjukhus 2015
- ▶ Verksamhetsplaner för Skaraborgs Sjukhus verksamhetsområden 2015
- ▶ Ärendehantering – Rutiner för hantering av klagomål, tillbud och avvikelser
- ▶ Årsredovisning 2014
- ▶ Vårdöverenskommelse 2015, med tilläggsöverenskommelse

Bilaga 2: Revisionskriterier

Definitioner

Med utgångspunkt från granskningens revisionskriterier avses följande vid begreppsanvändning av ändamålsenlig verksamhet och tillräcklig intern styrning. Definitionen utgår från den beskrivning som ges i God revisionsred i kommunal verksamhet (2010).

- ▶ **Om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt sätt**
Att verksamheten efterlever och lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär också att verksamheten skapar avsedd effekt för medborgare som berörs av verksamheten – i enlighet med fullmäktiges målsättning.
- ▶ **Om den interna kontrollen är tillräcklig**
Det innebär att den kontroll som görs inom styrelser och nämnder är tillräcklig, dvs. styrning, ledning, uppföljning och kontroll är tydlig, aktiv och ändamålsenlig.

Vår definition av intern kontroll

Intern kontroll definieras som en process som syftar till att stärka organisationens styrning och som ska säkerställa god ordning avseende verksamhet, rapportering och regelefterlevnad. COSO-modellen¹³ är den modell för intern kontroll som är mest vedertagen. För att uppnå en tillfredsställande intern kontroll har fem komponenter som är centrala den interna kontrollen identifierats enligt denna modell:

- ▶ Kontrollmiljön
- ▶ Riskhanteringen
- ▶ Kontrollaktiviteter
- ▶ Information/kommunikation
- ▶ Utvärdering/uppföljning

Riskhantering innefattar bland annat att identifiera, värdera och hantera relevanta risker. Kontrollaktiviteter innebär bland annat att välja och utveckla kontrollåtgärder som bidrar till att minska riskerna till acceptabla nivåer.

Kommunallag

I kommunallagens 6 kap § 7 regleras styrelsens ansvar för verksamheten. I paragrafen fastslås att styrelsen skall se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

¹³ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

Regionfullmäktiges övergripande mål och uppdrag

Regionfullmäktige har i budgeten 2015 antagit övergripande mål och uppdrag till nämnder och styrelser. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har i detaljbudget och verksamhetsplan 2014 beskrivit hur styrelsen kommer att arbeta med de övergripande målen och uppdragen under året. Nedbrytning har skett för en del av målen.

Regionfullmäktiges övergripande mål	Nedbrytning av mål, Skaraborgs Sjukhus
<p>Västra Götalandsregionens egna verksamheter ska vara föregångare i miljöarbetet</p>	<p>Miljöledningssystem inom SkaS är en del av sjukhusets gemensamma ledningssystem. Ledningssystemet tydliggör SkaS miljöfrågor och vilka mål och rutiner som gäller och ansvar och resurser för miljöarbetet. På denna nivå följs miljönämndens sju målområdena upp.</p> <p>Som en utveckling av miljöledningssystemet planeras att en miljödiplomering införs på enhetsnivå. Syftet med miljödiplomering är att SkaS på ett strukturerat och konkret sätt ska arbeta för att kontinuerligt minska sin miljöpåverkan.</p> <p>Miljödiplomering finns för Närhälsan, folk tandvården och vissa administrativa enheter men inte på något sjukhus. En dialog har inletts med miljösekreteriatet över vilka kriterier skall gälla inom sjukhusen för att införa miljödiplomering.</p> <p>För att pröva en diplomering inom SkaS planeras att under 2015 testa diplomering på 4-6 enheter/områden. Ett önskemål är att detta arbete bedrivs i samverkan med miljösekreteriatet under 2015.</p> <p>Som ett led i hållbar resursanvändning kommer SkaS att delta i ett projekt tillsammans med miljösekreteriatet angående möbelhantering. Syftet med detta projekt är att vid verksamhetsförändringar ska det alltid kontrolleras om det finns "begagnade" möbler i lager som kan återanvändas. Miljögruppen på SkaS kommer att ansvara för rekonditionering och lagerhållning av begagnade möbler.</p>
<p>Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska genom ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande arbete skapa förutsättningar för invånarna att leva ett liv i hälsa</p>	<p>Under 2015 kommer SkaS hälsofrämjande arbete att fokusera på De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder vilket innebär att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SkaS blir ett rökfritt sjukhus • Patienter och medarbetare informeras och erbjuds rökavvänjning • En organisation för det hälsofrämjande arbetet skapas • Kontinuerlig information till medarbetare om AUDIT och FAR för att öka användningen • Utbildning av medarbetare i samtalsmetodik för goda levnadsvanor påbörjas • Informera/medvetandegöra vikten av hälsosamma levnadsvanor hos medarbetarna • Påbörja samarbete med övriga aktörer i Skaraborg för det hälsofrämjande arbetet <p>Under 2015 kommer följande mål och delmål att uppnås:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SkaS har en organisation för det hälsofrämjande arbetet • Informationsmaterial om hälsosamma levnadsvanor finns på alla enheter för såväl patienter som medarbetare • Fler medarbetare använder friskvårdsbidraget • AUDIT och FAR har ökat • Det hälsofrämjande arbetet ingår delvis i Vårdsamverkan Skaraborgs olika delar

<p>Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna.</p>	<p>Styrtal Måltal VGR Måltal SkaS</p>		
	Väntetid första besök BUP max 30 dagar, procent	100 %	100 %
	Väntetider akutmottagningen		
	Tid till läkare - inom 1 timma	60 %	60 %
	Total genomloppstid - inom 4 timmar	90 %	90 %
	Andel väntande som inte passerat gällande gränser för vårdgarantin för besök eller Antal väntande mer än 90 dagar till besök ska minska	(minska)	90 % (minska)
	Andel väntande som inte passerat gällande gränser för vårdgarantin för behandling eller Antal väntande mer än 90 dagar till behandling ska minska	(minska)	90 % (minska)
Andel patienter som får tid till besök vid allvarlig misstanke om cancer inom 14 dagar		100 %	
<p>Plan för att nå måltalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produktions- och kapacitetsplanering • Rekrytering inom bristområden <p>Utveckla och ständigt förbättra processerna.</p>			
<p>Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa en kvalitetsdriven vård i hela Västra Götaland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mål - att uppnå målnivån på samtliga för SkaS fastställda kvalitetsindikatorer <p>Plan för att nå måltalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utveckla och ständigt förbättra processerna – bland annat sätta mål och följa resultat. 		
<p>Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna är delaktiga i vården och vart de ska vända sig för vård</p>	<p>Styrtal Måltal VGR Måltal SkaS</p>		
	Patientupplevd kvalitet med avseende på bemötande ska öka jämfört med tidigare mätning inom somatiken		> 92
	Patientupplevd kvalitet med avseende på delaktighet ska öka jämfört med tidigare mätningar inom somatiken		>76
	Användning av Mina vårdkontakter ska öka		öka
<p>Plan för att nå måltalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeta med åtgärdsplaner utifrån tidigare mätningar <p>Informera om möjligheten att använda sig av Mina vårdkontakter.</p>			
<p>Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska erbjuda invånarna en sammanhållen vård oavsett vårdnivå eller vårdgivare</p>	<p>Fortsätta att utveckla arbetet i vårdsamverkan t ex</p> <ul style="list-style-type: none"> • närsjukvårdsteam, • palliativa team • samordnad vårdplanering <p>Plan för att nå måltalen: Under 2015 kommer uppbyggnaden av närsjukvårdsteam genomföras och planen är att det ska vara på plats under året.</p> <p>En utvärdering pågår för palliativa team – utifrån detta resultat kommer uppbyggnad ske som täcker kommunerna inom upptagningsområdet. Förbättringar kommer ske under 2015 med detta som bas.</p>		

Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd	Styrtal		Måltal VGR	Måltal SkaS
	Könsskillnader i hjärtsjukvården ska minska - hänvisning till kvalitetsindikator 5-9			minska
	Könsskillnader i strokevården ska minska - hänvisning till kvalitetsindikator 17-20			minska
	Screening för bukaortaaneurysm			öka
Plan för att nå måltalen:				
<ul style="list-style-type: none"> Utveckla och ständigt förbättra processerna – sätta mål och följa resultat 				
Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen	<p>En av SkaS stora utmaningar inför framtiden är att säkra kompetensförsörjningen. I denna del ligger såväl att attrahera som att behålla och utveckla. Den kommande generationsväxlingen innebär att stor vikt måste läggas på att stärka SkaS varumärke för att kunna attrahera framtida medarbetare att välja SkaS. Lika viktigt är arbetet med att behålla medarbetare Detta måste särskilt beaktas utifrån den konkurrens som finns från storstadsregionerna samt från närliggande kommuner.</p> <p>Under kommande femårsperiod har SkaS ett rekryteringsbehov av ca 1500 nya medarbetare. De största behoven finns i läkar- och sjuksköterskegruppen, vilket motsvarar drygt 75 procent av det totala rekryteringsbehovet.</p> <p>Följande aktiviteter har planerats för att nå målnivån:</p> <ul style="list-style-type: none"> Att stärka SkaS varumärke som attraktiv arbetsgivare Att tillgodose SkaS kompetensbehov av grund- och specialistutbildade sjuksköterskor och barnmorskor. Det råder nationellt brist på samtliga Att ersätta de överläkare inom olika specialtområden som går i pension Att behålla ST-läkare när de blir klara specialister Att tillgodose behovet av medicinska sekreterare Delta och synas på strategiska mässor både nationellt och internationellt Skapa mötesplatser på sociala medier Aktivt rekrytera – uppsökande verksamhet Tillskapa fler utbildningstjänster specialistsjuksköterskor inom SkaS bristområden för sjuksköterskor <p>SkaS arbetar ständigt med ovanstående men arbetet kommer att intensifieras för att kunna fullfölja uppdraget med rätt bemanning. Med ovanstående åtgärder är vår målsättning att kunna behålla, utveckla samt attrahera nya medarbetare.</p>			

Regionfullmäktiges uppdrag	Beskrivning av åtgärder för att nå uppdraget
Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans	<p>Ekonomi i balans utgör ett av fyra övergripande mål i sjukhusets verksamhetsplan 2015. För att uppfylla målet om en ekonomi i balans på sjukhusnivå har fyra kritiska framgångsfaktorer definierats:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ekonomi i balans med budget Effektiv produktion Kontrollerad kostnadsutveckling Uppnä och utveckla regionala produktionsuppdrag <p>Mått och mål kommer att tas fram och följs på förvaltnings- och verksamhetsnivå.</p> <p>SkaS redovisar i delårsbokslutet per augusti ett negativt resultat på – 33 miljoner kronor och en negativ budgetavvikelse på – 24 miljoner kronor.</p> <p>SkaS styrelse har tillsammans med ledningen för SkaS vidtagit omedelbara åtgärder för att vända den negativa ekonomiska utvecklingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Särskild anställningsprövning har införts vid SkaS samtliga verksamheter från den 14 oktober 2014 och gäller tillsvidare. Anställningsprövning omfattar alla tillsvidare-och visstidsanställningar, såsom vikariat och hyrläkare.

	<ul style="list-style-type: none"> • Anställningsstopp har införts vid administrativa funktionen, förvaltningskontoret SkaS från den 14 oktober 2014 och gäller tillsvidare. • Samtliga verksamhetschefer har i uppdrag att vidta åtgärder för att minska kostnadsutvecklingen under hösten. En genomgång av verksamhetschefernas åtgärdsplaner, både på kort och lång sikt, sker med början under november samt redovisas i respektive chefs verksamhetsplan 2015. • SkaS ledningsgrupp har prioriterat fem sjukhusgemensamma åtgärdsområden att utreda vidare: bemanning vårdavdelning, kompetensmix ssk/usk/läkare, avveckling vårdavdelning, skapa större enheter/vårdavdelningar, minska administrativa uppdrag.
<p>Alla verksamheter ska arbeta för att utveckla kvaliteten i den egna verksamheten samt öka sin produktivitet och effektivitet. Regionstyrelsen ska följa upp arbetet och tillse att resultatet kan jämföras inom och mellan verksamheterna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utveckla och ständigt förbättra processerna <ul style="list-style-type: none"> ○ Följa kvalitetsindikatorer ○ Produktions- och kapacitetsplanering (PROBE) ○ Ta fram och följa produktivitetsmätt <p>Arbetet följs upp och rapporteras enligt SkaS verksamhetsplan.</p>
<p>Beställarna ska i dialog med utförarstyrelserna säkerställa att effektiviseringskravet inte hanteras som ett generellt sparbetning som fördelas ut jämnt över hela organisationen</p>	<p>Enligt ursprungligt planeringsdirektiv för 2015 års budget har inget effektiviseringskrav lagts på akutsjukhusen. Förutsättningarna förändrades i den nya budget som beslutades av regionfullmäktige 25 november.</p> <p>SkaS ledningsgrupp har prioriterat fem sjukhusgemensamma åtgärdsområden att utreda vidare som ett led i att minska kostnadsnivån och hitta ett mer effektivt patientomhändertagande. Det handlar om att ta fram standards för grundbemanning av vårdavdelning, översyn av kompetensmixen på avdelning och mottagning (usk/ssk/läk), utredning om en eventuell avveckling av vårdavdelning, skapa större enheter/vårdavdelningar samt att minska de administrativa uppdragen i vårdverksamheterna.</p>
<p>Alla nämnder och styrelser ska jämtgrera budgetar och årsredovisningar. Regionstyrelsen ska i regionens gemensamma årsredovisning redovisa resultatet av de samlade arbetet hos verksamheter och förvaltningar för att integrera jämställdhetsperspektivet under året</p>	<p>Jämställdhet Jämställd vård innebär att kvinnor och män har lika tillgång till vård av god kvalitet. Med lika tillgång menas att det inte ska finnas några oskäliga skillnader i vården baserat på kön. Målet är att SkaS ska bedriva en jämställd vård.</p> <p>För att följa upp målet om en jämställd vård ska sjukhuset analysera befintlig statistik ur ett jämställdhetsperspektiv samt undersöka och analysera eventuella skillnader i mäns respektive kvinnors upplevelse av bemötandet i vården. Då oskäliga skillnader upptäcks ska SkaS ta fram konkreta, mätbara jämställdhetsmål för att motverka diskriminering på grund av kön.</p> <p>SkaS ska vara en jämställd arbetsgivare. SkaS bedriver ett strategiskt arbete för att minska ojämsställdheten mellan män och kvinnor avseende såväl lön och rekrytering som analys av personalstatistik. Se vidare under Medarbetarperspektivet.</p> <p>SkaS samverkar och driver ett förebyggande och kunskapsinriktat arbete via Kvinnofrid och Utväg med målet att minska mäns våld mot kvinnor. En handlingsplan om mäns våld mot kvinnor ger stöd och vägledning för personalen, liksom utsedda kontaktpersoner i verksamheten. Eventuella samband mellan upplevd ohälsa och upplevt våld är en av de faktorer som analyseras inom ramen för sjukskrivningsprocessen och inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.</p> <p>Barnets rättigheter SkaS har ett utsett barnrättsombud som stödjer verksamheten i frågor kring implementering av Barnkonventionen. Vårt fokus ligger på barns upplevelse av sjukhusvården när man själv blir sjuk eller när man är anhörig. Vi har barnombud både kopplat till NOBAB och till arbetet med Barn som anhörig. Under byggnationen av vårt nya Barn- och kvinnohus i Skövde är barnen med och tycker till genom att beskriva hur de vill att ett sjukhus för barn ska se ut.</p> <p>Funktionsnedsättning SkaS ska bedriva god vård med god tillgänglighet för alla. Det innebär att bedriva vård i ändamålsenliga lokaler som är anpassade för alla oberoende av funktionshinder. Via tillgänglighetsdatabasen beskrivs sjukhusens lokaler så att patienter och besökare ska kunna vara informerade om lokalernas struktur. Denna uppdateras fortlöpande vid lokalförändringar.</p>

	<p>SkaS som arbetsgivare bereder också plats för människor med funktionsnedsättning, exempelvis inom ramen för Arbetsmarknadsnoden. I samverkan med Skövde kommun bedriver deras Miljögrupp arbete inom förvaltningen.</p> <p>Övriga diskrimineringsgrunder All hälso- och sjukvård ska utgå från allas rätt till god och jämlik vård. Ingen vårdtagare ska känna sig diskriminerad eller kränkt utifrån ålder, kön, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. SkaS har påbörjat arbetet med att ta fram en ny Jämställdhets- och mångfaldsplan.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Övergripande styrdokument

De väsentliga styrdokument och riktlinjer som med utgångspunkt från granskningen reglerar styrelsens uppgifts- och ansvarsfördelning av intern styrning och kontroll anges i nedanstående tabell.

Styrdokument	Antaget	Innehåll
Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus	Antaget av regionfullmäktige 19 oktober 2010, § 159. Ändringar enligt RF § 177/10 har införts.	Reglerar b.l.a. styrelsens ansvarsområden, uppgifter och de särskilda föreskrifter som finns för verksamheten. Därtill anges föreskrifter för styrelsens ärendehandläggning, skriftväxling och delegation.
Arbetsordning för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus	Fastställd av Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2015-03-20	Utgör ett komplement till bestämmelserna i kommunallag och det av regionfullmäktige antagna reglementet för styrelsen. Beskriver b.l.a styrelsens arbetsformer, rutiner för sammanträden samt rutiner för behandling av särskilda ärenden.
Delegationsordning för Skaraborgs Sjukhus	Fastställd av Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2015-03-20.	Anger de beslut som delegerats av styrelsen. Beslut som delegerats omfattar ärendetyper såsom styrelsen, organisation, personal och förhandlingsärenden samt upphandling och avtal utom kollektivavtal samt ekonomi.
Riktlinjer för ärendeberedning i Västra Götalandsregionen	Antaget av regionstyrelsen 2014-02-18, § 354 (tidigare fanns inga regiongemensamma beredningsrutiner).	Beskriver regiongemensamma riktlinjer för ärendeberedning. I beslutet framgår att Ärendehandboken (upplaga 1 mars 2014) ska utgöra riktlinjer för ärendeberedning i Västra Götalandsregionen.
Riktlinjer för intern kontroll vid Skaraborgs Sjukhus	Fastställd av styrelsen 2015-06-11.	Anger riktlinjer för sjukhusets interna kontrollarbete. Exempelvis avseende riskanalys, kontrollplan, uppföljning och dokumentation

Bilaga 3: Sammanställning av besparingsåtgärder

Besparingsåtgärder utifrån delårsbokslut per mars

Enligt delårsrapport per mars hade det vidtagits åtgärder motsvarande 42 mnkr, bland annat åtgärder för minskade kostnader för köp av laboratorieanalyser, hjälpmedel, läkemedel, övertid, material och minskad sjukfrånvaro. Vidare framgår att ytterligare åtgärdsområden är framtagna, där handlingsplaner ska redovisas senare under året. Exempel på åtgärdsförslag är effektivisering i bemanning och schemaläggning av avdelningar och mottagningar, möjligheter till förändrad kompetensmix, uppgiftsväxling och åtgärder för att minska dubbeldokumentation. Sammantaget fanns per mars fanns enligt delårsrapporten framtagna åtgärder motsvarande 80 miljoner kronor i beräknad helårseffekt.

Besparingsåtgärder utifrån styrelsens beslut i juni

Besparingsåtgärder				
Steg	Åtgärd (redovisat som det framgår av styrelsens protokoll) ¹⁴	Plan resultat (mnkr) ¹⁵	Progn kvartal 4 ¹⁶ (mnkr)	Beslutad
1	"Särskild anställningsrestriktion som infördes vid SkaS samtliga verksamheter från den 14 oktober 2014 och gäller tillsvidare. Anställningsprövning omfattar alla tillsvidare- och visstidsanställningar samt hyrläkare. Verksamhetscheferna har sedan årsskiftet arbetat med åtgärderna för ekonomisk balans. Uppföljning av åtgärderna sker kontinuerligt i ekonomidialoger mellan verksamhetschef och sjukhusdirektör."	38	32	Ja, av sjukhusdirektören . Oklart när.
2	"Arbetet med åtgärder har fortsatt under våren med komplettering av åtgärder motsvarande cirka 34 miljoner kronor, bland annat åtgärder för köp av laboratorieanalyser, medicinskt material och hjälpmedel samt begränsning av övertidskostnader. Översyn görs även för andra områden som inte har direkt patientpåverkan som kostnader inom Regionens serviceansvarsområden, lokaleffektiviseringar och andra kvalitetsbristkostnader."	48	12	Ja, av sjukhusdirektören . Oklart när.

¹⁴ Enligt protokoll från styrelsen 2015-06-11.

¹⁵ Enligt material från presidieöverläggning 2015-04-29.

¹⁶ Enligt material från presidieöverläggning 2015-04-29.

Besparingsåtgärder				
3	"Som ett ytterligare steg för kostnadsreducering finns uppdrag till SkaS fokusgrupper att komma med åtgärdsförslag. Ett exempel på detta är fokusgruppen "Samling kring vården" effektiviseringsförslag kring bemanning och schemaläggning av vårdavdelningar."	Ej redo-visat	Ej redo-visat	Nej
4	"För att ytterligare minska kostnadsnivån och uppnå ett ekonomiskt resultat i balans med budget senast per november 2015 har kompletterande åtgärder begärts in från verksamhetschefer. Åtgärderna ska ge kostnadsminskningar på både kort och lång sikt och kan omfatta åtgärder som kan kräva förvaltningsövergripande och/eller politiska beslut."	Ej redo-visat	Ej redo-visat	Nej

Bilaga 4: Sammanställning av uppföljningar

Nedan framgår de uppföljningar som genomförs utöver tertialuppföljningarna.

- ▶ **Uppföljning av verksamhetsplan (månadsvis)**
Mål från den sjukhusövergripande verksamhetsplanen följs upp en gång i månaden. Samtliga mål följs inte upp varje månad, det framgår av planen. Enligt verksamhetscheferna följs verksamheternas verksamhetsplaner upp i anslutning till varje ledningsgruppsmöte då träffas alla verksamhetschefer i cirka en timme för att gå igenom nyckeltal, vid avvikelser tar berörd verksamhetschef fram en åtgärdsplan.
- ▶ **Snabbfakta (månadsvis)**
Förvaltningen följer upp ett antal nyckeltal avseende ekonomi, beläggning, tillgänglighet, kvalitet, sjukfrånvaro, övertid etc. Snabbfakta innehåller ett kortare stycke som heter förvaltningens kommentarer där analys och åtgärder redovisas på en övergripande nivå.
- ▶ **Styrtalsrapport (månadsvis)**
Förvaltningen följer upp ett antal nyckeltal såsom medelvårdtid per sjukvårdstillfälle, nettoarbetare etc.
- ▶ **Uppföljning genom målportalen (löpande)**
Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen har reglerat styrelsen måluppföljning genom ett planeringsdirektiv för 2015. Genom en målportal ska styrelsen löpande redovisa uppgifter om hur måluppfyllelse och prognoser. Ställföreträdande sjukhusdirektör upplever att det är svårt att genomföra de prognoser som efterfrågas genom målportalen eftersom det saknas verktyg och ofta är specifika prognoser.
- ▶ **Uppföljning av vårdöverenskommelse (enligt plan)**
Det sker ett antal uppföljningar av vårdöverenskommelsen. Dessa uppföljningar regleras av en uppföljningsplan med tre områden; 1.) Uppföljning av beställd hälso- och sjukvård i form av volymer och ersättningar (prestationer) 2.) Uppföljning av specifika aktiviteter för fokusområden/behovsgrupper som är kopplade till nämndernas mål. 3.) Uppföljning av vårdens kvalitet och resultat utifrån dimensionerna i God Vård. Uppföljningsplanen beskriver hur dessa områden ska fördjupas. Vid årets slut sammanställs en rapport som redogör för gjorda uppföljningar.
- ▶ **Uppföljning gentemot regionkansliet (enstaka tillfällen per år)**
Varje år besöker regionens controller Skaraborgs Sjukhus och begär in uppföljningsunderlag av utvalda områden. Områdena väljs utifrån exempelvis öppna jämförelser där Skaraborgs Sjukhus underpresterar i jämförelse med övriga sjukhus.
- ▶ **Väntetidsrapporter (månadsvis)**
Väntetidsrapporter följs upp på regionövergripande nivå. Där följs ett antal nyckeltal upp som är kopplat till väntetider, exempelvis för besök och behandling.