VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Styrning och ledning i nämnder och styrelser

Delstudie 2

Dnr: 2016–00112 (REV 34-2015)

Genomförd av: Revisionsenheten

Behandlad av Revisorskollegiet den 8 februari 2017

Innehållsförteckning

1. Inledning 7
1.2 Granskningen syfte och revisionsfrågor 8
1.3 Avgränsning 8
1.4 Revisionskriterier 9
1.5 Granskningsansvariga 9
1.6 Metod 9
2. Styrsystemen som grund för uppföljning och kontroll 10
3. Ändamålsenlig organisation för kontroll och uppföljning? 12
3.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 12
3.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 12
3.3 Styrelsen för folkhögskolorna 12
3.4 Regionutvecklingsnämnden 13
3.5 Uppföljning 13
3.6 Bedömning 14
4. Återrapporteras kontroller och uppföljning? 15
4.1 Genomförs kontrollerna? 15
4.1.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 15
4.1.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 15
4.1.3 Styrelsen för folkhögskolorna 15
4.1.4 Regionutvecklingsnämnden 16
4.1.5 Genomförandet av kontrollerna 16
4.2 Rapporteras kontrollerna när de genomförts? 16
4.2.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 16
4.2.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 17
4.2.3 Styrelsen för folkhögskolorna 17
4.2.4 Regionutvecklingsnämnden 17
4.2.5 Sammanfattning 17
4.3 Återrapporteras övrig uppföljning enligt beslut? 18
4.3.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 18
4.3.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 19
4.3.3 Styrelsen för folkhögskolorna 20
4.3.4 Regionutvecklingsnämnden 21
4.3.5 Sammanfattning 21
4.4 Bedömning 22
5. Tillräcklig kvalitet på kontroller och uppföljning? 23
5.1 Kontrollernas kvalitet 23
5.1.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 23
5.1.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 25

5.1.3 Styrelsen för folkhögskolorna 26
5.1.4 Regionutvecklingsnämnden 27
5.2 Uppföljningens kvalitet 27
5.2.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 27
5.2.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 28
5.2.3 Styrelsen för folkhögskolorna 29
5.2.4 Regionutvecklingsnämnden 30
5.3 Bedömning 31
6. Vidtas åtgärder? 33
6.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 33
6.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 33
6.3 Styrelsen för folkhögskolorna 33
6.4 Regionutvecklingsnämnden 34
6.5 Bedömning 35
7. Har regionstyrelsen uppsikt? 36
7.1 Patientlagen 37
7.2 En tydlig ordning för hantering av studeranderättsliga frågor 39
7.3 Representationspolicy 39
7.4 Säkerhetsstrategin 39
7.5 Bedömning 40
8. Rapporterar regionstyrelsen till fullmäktige? 42
8.1 Återföring av information 42
8.2 Bedömning 42
9. Sammanfattande bedömning 43
9.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 43
9.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 43
9.3 Styrelsen för folkhögskolorna 43
9.4 Regionutvecklingsnämnden 43
9.5 Samlad bedömning inklusive regionstyrelsens uppsikt 44
9.6 Rekommendationer 45
Bilaga 1. Preciserade revisionskriterier 47
Bilaga 2. Urval av styrdokument 50
Bilaga 3. Krav på uppföljning avseende policyer och budgetmål/uppdrag 51

Sammanfattning

Granskningen utgör delsyfte 2 i projektplanen ”Styrning och ledning i nämnder och styrelser” (Dnr Rev 34-2015). Där konstateras att nämnd/styrelse i korthet ska a) upprätta ett väl fungerande styrsystem som inkorporerar lagstiftning och författning, regionfullmäktiges styrdokument, visioner och policyer samt överenskommelser. Nämnd/styrelse ska vidare b) säkerställa att styrsystemet efterlevs i verksamheten samt c) att styrsystemet är effektivt och uppnår avsedda effekter. Regionstyrelsen ska i sin tur d) utöva uppsikt över nämndernas/styrelsernas utförande av sin interna kontroll. Fokus i denna delstudie 2 är att bedöma om nämnd/styrelse, samt regionstyrelsen via uppsiktsplikten, har säkerställt att nämnd/styrelses styrsystem efterlevs i verksamheten.

För att nämnden/styrelsen ska kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med nämndens/styrelsens styrsystem bör ett antal förutsättningar (som styrelsen råder över) föreligga med grund i kommunallagen, reglementen och riktlinjer/rutiner för intern kontroll i Västra Götalandsregionen. *För det första* ger kommunallagen vid handen att det rimligtvis bör finnas någon form av organisation och processer för att bedriva den interna kontrollen och genomföra de kontroller som nämnd/styrelse har beslutat. Regionens riktlinjer föreskriver att styrelsen ska upprätta en organisation för och anta regler och rutiner för den interna kontrollen. Regler och anvisningar finns vidare för den ordinarie och löpande uppföljningen såväl i föreskrifter, budgethandlingen, regionstyrelsens anvisningar som särskilda regionövergripande beslut och överenskommelser/uppdrag. Detta utgör en förutsättning för att återrapporteringen ska kunna genomföras. I detta kan också ingå att styrelsen tillser att de får utbildningsinsatser och stöd för att säkerställa den interna kontrollen och genomföra sitt uppdrag.

För det andra räcker det inte med att dessa kontroller genomförs i förvaltningen utan de måste återföras till nämnden/styrelsen, vilket också framkommer i såväl kommunallagen som utifrån regionens riktlinjer och rutiner kring intern kontroll samt utifrån de anvisningar som följer kopplade till budgetprocessen eller särskilda beslut. Att återföring av uppföljningsinformation och kontroller sker är en förutsättning för att nämnd/styrelse överhuvudtaget ska kunna fatta beslut om styråtgärder. *För det tredje* måste det som återrapporteras hålla en grundläggande kvalitetsnivå, som innebär att underlaget exempelvis är korrekt, relevant och fullständigt (i meningen tillräckligt omfattande) och rapporteras i rätt tid. Att en grundläggande kvalitetsnivå upprätthålls är en förutsättning för att nämnd/styrelses beslut om styråtgärder ska kunna vara ändamålsenliga. *För det fjärde* så måste nämnd/styrelse vid behov och när det är rimligt fatta beslut om styråtgärder i syfte att säkerställa att avvikelser från styrsystemet åtgärdas. *Slutligen och för det femte* ska regionstyrelsen i sin tur via sin uppsiktsplikt följa upp att nämnder och styrelser har säkerställt att deras styrsystem efterlevs i verksamheten samt rapportera resultatet till fullmäktige.

I denna granskning kan det konstateras att det finns problem med dessa förutsättningar. Problemen är i vissa fall knutna till enskilda nämnder/styrelser, men det finns också problem som är gemensamma för flertalet granskade nämnder/styrelser. För respektive nämnd/styrelse gäller att:

- **Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset** har inte säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller inköpspolicyn, representationspolicyn och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och i viss mån även när det gäller patientlagen. Det följer först och främst av att organisation och processer för den interna kontrollen, huvudsakligen beskrivna i den nuvarande internkontrollplanen, varit utformade på ett sätt

som inte ger förutsättningar för kontrollinformation med en tillräckligt god kvalitet. Kvaliteten har inte varit tillräcklig för att denna information vid behov skulle kunna ha legat till grund för styråtgärder. Vilket i sin tur kan ligga till grund för att styrsystemet efterlevs och att styrelsen därmed i dessa avseenden skulle kunnat ta ansvar för verksamheten.

- **Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus** har inte säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller kostnads-/budgetkontroll och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter, samt i viss mån representationspolicyn, inköpspolicyn och patientlagen. Det följer huvudsakligen av att den kontrollinformation som rapporteras är oklar när det gäller att svara mot kontrollernas utformning. Det i sin tur kan bero på att kontrollerna brister i sin utformning (och inte är realistiska) eller är otydliga, men kan också bero på andra faktorer när informationen redovisas. Bristerna i kontrollinformationen kombineras med att det även finns vissa kvalitetsbrister i uppföljningsinformationen.
- **Styrelsen för Folkhögskolorna** har inte säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller inköpspolicyn, representationspolicyn, policy för handikappfrågor och delvis uppdraget avseende kostnads-/budgetkontroll. Det beror huvudsakligen på att den organisation och de processer som styrelsen beslutat inte följs och genomförs samt att det finns brister både i återföring och kvalitet i kontroll- och uppföljningsinformation. Det finns vissa indikationer på att utformningen av internkontrollplanen inte uppfattats som realistisk att genomföra i sin helhet vilket delvis kan utgöra en förklaring till detta.
- **Regionutvecklingsnämnden** har inte säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och inköpspolicyn. Det beror huvudsakligen på att uppföljningsinformation saknas i vissa fall. Internkontrollplanen innehåller några tämligen övergripande kontrollområden där bedömningen är att kontrollernas relevans och genomförbarhet skulle stärkas av att det tydliggörs mer specifikt hur dessa ska hanteras och genomföras rent praktiskt.
- **Regionstyrelsens** utövande av sin uppsiktsplikt kompenserar inte för detta. Vi noterar att tillgången till uppföljningsinformation och kontrollinformation i flera fall finns om än i olika utsträckning och med olika kvalitet. Samtidigt ser vi som det grundläggande problemet att processerna för återföring och samordning av information mellan koncernkontoret, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, regionstyrelsen och vidare vid behov till fullmäktige brister. Vad som ska återrapporteras och hur det ska ske till den politiska nivån och mellan politiska nivåer måste utvecklas för att regionstyrelsen ska anses ha utövat sin uppsiktsplikt över nämnder/styrelse i tillräcklig utsträckning och återfört sådan uppföljningsinformation till regionfullmäktige.

Vi bedömer därför att de granskade nämnderna/styrelserna har väsentliga brister när det gäller att leva upp till de krav som följer av kommunallagen 6:7 och reglementena samt avseende regionstyrelsens uppsiktsplikt kommunallagen 6:1.

Vi vill utöver det särskilt uppmärksamma ett grundläggande problem som framstår som tydligt på en mer övergripande nivå utifrån granskningen av de enskilda nämnderna och styrelserna. Samtliga nämnder och styrelsers reglementen anger två huvudsakliga uppgifter när det gäller uppföljning. För det första ska nämnd/styrelse följa upp sin verksamhet och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta ansvar för sin verksamhet. För det andra ska nämnd/styrelse följa upp och rapportera utifrån de krav som både regionstyrelsen och staten

framställer. Detta är inte samma sak. Att styrelsen lever upp till uppföljningskraven från fullmäktige och staten är inte samma sak som att nämnd/styrelse har tillräckligt med information för att ta ansvar för sin verksamhet. Regionstyrelsen och staten ger anvisningar som förmodligen är utformade utifrån en behovsanalys och prioritering utifrån att de själva eller deras uppdragsgivare ska kunna ta ansvar för sin verksamhet. Den enskilda nämnden/styrelsen har ett annat uppdrag som på ett sätt är mer avgränsat men också mer djupgående inom detta ansvarsområde. Uppföljning som endast följer regionstyrelsens och statens ansvar torde inte kunna täcka ett sådant behov eftersom att denna uppföljning av naturliga skäl spänner över ett mer omfattande ansvarsområde och därför i sin karaktär prioriterar färre saker att följa upp samt befinner sig på en mer aggregerad och övergripande nivå.

Vi ser därmed en betydande utvecklingspotential när det gäller nämndernas och styrelsernas arbete med en tydligare analys av vilket behov som finns av uppföljningsinformation för att säkerställa informationsbehovet och ansvarstagandet utifrån nämndens/styrelsens uppdrag.

Sammantaget är vår bedömning därmed att det finns en betydande utvecklingspotential när det gäller nämndernas och styrelsernas *organisation och processer* för att säkerställa återföring av uppföljningsinformation och kontroller och i förlängningen kvaliteten på denna information som i sin tur kan skapa bättre förutsättningar för ansvarstagande.

Vår övergripande rekommendation avseende samtliga nämnder och styrelser är att tydligare och mer systematiskt kartlägga och beskriva behov av uppföljningsinformation och kontrollinformation. Det förutsätter ett utvecklat arbete både i samband med att exempelvis detaljbudgetar och internkontrollplaner tas fram och uppföljnings och kontrollinformation därmed planeras och beslutas. Det förutsätter också en utvecklad och tydlig tanke om hur den interna kontrollen förhåller sig till och kompletterar den ordinarie uppföljningen via exempelvis års- och delårsrapporter. Det förutsätter också en utökad aktivitet av nämnden/styrelsen. Att nämnden/styrelsen under det löpande budgetåret mer aktivt tillser att den uppföljnings och kontrollinformation som planerats och beslutats också genomförs och återrapporteras. Att den är tydlig och relevant i relation till nämndens/styrelsens ansvarstagande.

För respektive nämnd/styrelse rekommenderar vi utöver det att:

- **Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset** i enlighet med pågående arbete inför 2017 utvecklar organisation och processer för den interna kontrollen. I det ingår att genomföra en risk- och väsentlighetsanalys. Det ingår också att ta fram en internkontrollplan som säkerställer att styrelsen har tillgång till kontrollinformation som är användbar för att bedöma om avvikelser uppstår och som är ändamålsenlig för att vid behov fatta beslut om styråtgärder. Styrelsen bör också särskilt säkerställa att fullmäktiges policyer inom viktiga områden som inköp (där styrelsen tidigare avgett svar på en granskning) och representation omfattas av uppföljning och/eller kontroller.
- **Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus** utvecklar rapporteringen utifrån den interna kontrollen genom att tydliggöra kontrollmomenten och vilken information som ska tas fram utifrån dessa. Detta i syfte att säkerställa relevansen och användbarheten av den kontrollinformation som tas fram så att den kan ligga till grund för eventuella kontrollåtgärder. Styrelsen bör också tydliggöra hur och när uppföljning ska ske utifrån internkontrollplanen. Slutligen bör styrelsen (i linje med den pågående utvecklingen av rapporteringen under 2016) stärka uppföljning och kontroll kring området en ekonomi i balans.

- **Styrelsen för folkhögskolorna** säkerställer att beslut kring organisation och processer för den interna kontrollen som helhet efterlevs och att rapportering sker så att det framgår att styrelsen överhuvudtaget utövar någon intern kontroll. Vidare bör styrelsen säkerställa att den övriga uppföljningsinformationen som rapporteras följer uppsatta krav och har sådan kvalitet att den ger förutsättningar för att fatta beslut om styråtgärder vid behov.
- **Regionutvecklingsnämnden** stärker sin uppföljning/kontroll (i linje med nämndens svar på tidigare granskning) kring framförallt inköpspolicyn. Nämnden bör i sitt fortsatta utvecklingsarbete av risk- och väsentlighetsanalys samt internkontrollplanen även överväga att tydliggöra mer specifikt hur övergripande kontrollområden ska hanteras och genomföras rent praktiskt. Detta i syfte att säkerställa genomförandet av kontroller och stärka förutsättningarna för att den kontrollinformation som tas fram kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.
- **Regionstyrelsen** tillser att formera för rapporteringen av den interna kontrollen samordnas, systematiseras och tydliggörs mellan dels fullmäktige och regionstyrelsen, men också mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen.
- **Regionstyrelsen** bör i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys bedöma vad styrelsen ser som mest väsentligt att ha direkt uppsikt över samt vad den kan överlämna till tjänstemän att bevaka å styrelsens vägnar. Det senare med krav på rapportering till styrelsen vid avvikelser.
- **Regionstyrelsen** tillser att nämnders och styrelsers uppföljning och rapportering säkerställer att regionfullmäktiges policyer efterlevs och att regionfullmäktige får information om eventuella brister och åtgärder som vidtas för att komma tillrätta med dessa.
- **Regionstyrelsen** i samband med översyn av policy för hälsa och arbetsmiljö tillser att det finns tydliga anvisningar kring hur policyns efterlevnad ska följas och kontrolleras.

1. Inledning

Granskningen utgör delsyfte 2 i projektplanen ”Styrning och ledning i nämnder och styrelser” (Dnr Rev 34-2015). Där konstateras att nämnd/styrelse i korthet ska a) upprätta ett väl fungerande styrsystem som inkorporerar lagstiftning och författning, regionfullmäktiges styrdokument, visioner och policyer samt överenskommelser. Nämnd/styrelse ska vidare b) säkerställa att styrsystemet efterlevs i verksamheten samt c) att styrsystemet är effektivt och uppnår avsedda effekter. Regionstyrelsen ska i sin tur d) utöva uppsikt över nämndernas/styrelsernas utförande av sin interna kontroll. I delstudie 1 som genomfördes under 2015 konstaterades vissa brister när det gällde de styrsystem som nämnderna och styrelserna upprättat samt regionstyrelsens uppsiktsplikt. Fokus i denna delstudie 2 som genomförs under 2016 är att nämnd/styrelse ska säkerställa att styrsystemet efterlevs i verksamheten samt att regionstyrelsen utövar uppsikt över detta.

Kommunallagen anger att nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En grundläggande förutsättning för att en nämnd/styrelse ska kunna ta ett sådant ansvar är inte bara att styrelsen fattar beslut om hur verksamheten ska utformas för att styrning och kontroll ska ske (d.v.s. har ett väl fungerande styrsystem) utan också att nämnd/styrelse verkligen *säkerställer* att verksamheten bedrivs i enlighet med detta styrsystem. Det räcker således inte med att identifiera nämndens/styrelsens ansvar, beskriva och besluta styrningsåtgärder och besluta om påföljande kontroller och uppföljning.

Nämndens/styrelsens beslut om styrning och uppföljning ska förverkligas, vanligen genom den förvaltning och ytterst förvaltningschef som styrelsen har till sitt förfogande. Uppdrag lämnas till förvaltningen mot att återrapportering av uppföljningsinformation och kontroller sker till nämnd/styrelse så att styrelsen ska kunna kontrollera att verksamheten utförs på det sätt som styrelsen har beslutat och att den därmed kan ta ansvar för verksamheten. Nämndens/Styrelsens primära verktyg för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de beslut som nämnden/styrelsen har tagit är således att styra och kontrollera förvaltningen genom krav på återrapportering. Det kan ske *dels* genom beslut om löpande och ordinarie uppföljning eller särskilda återrapporteringskrav kopplade till enskilda beslut samt *dels* genom ett system för intern kontroll som kompletterar där behov av särskilda och utökade kontroller anses föreligga.

För att nämnden/styrelsen ska kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med nämndens/styrelsens styrsystem bör ett antal förutsättningar (som styrelsen råder över) föreligga med grund i kommunallagen, reglementen och riktlinjer/rutiner för intern kontroll i Västra Götalandsregionen.

För det första ger kommunallagen vid handen att det rimligtvis bör finnas någon form av organisation och processer för att bedriva den interna kontrollen och genomföra de kontroller som nämnd/styrelse har beslutat. Regionens riktlinjer föreskriver att styrelsen ska upprätta en organisation för och anta regler och rutiner för den interna kontrollen. Regler och anvisningar finns vidare för den ordinarie och löpande uppföljningen såväl i föreskrifter, budgethandlingen, regionstyrelsens anvisningar som särskilda regionövergripande beslut och överenskommelser/uppdrag. Detta utgör en förutsättning för att återrapporteringen ska kunna genomföras. I detta kan också ingå att styrelsen tillser att de får utbildningsinsatser och stöd för att säkerställa den interna kontrollen och genomföra sitt uppdrag.

För det andra räcker det inte med att dessa kontroller genomförs i förvaltningen utan de måste återföras till nämnden/styrelsen, vilket också framkommer i såväl kommunallagen som utifrån regionens riktlinjer och rutiner kring intern kontroll samt utifrån de anvisningar som följer kopplade till budgetprocessen eller särskilda beslut. Att återföring av uppföljningsinformation och kontroller sker är en förutsättning för att nämnd/styrelse överhuvudtaget ska kunna fatta beslut om styråtgärder. *För det tredje* måste det som återrapporteras hålla en grundläggande kvalitetsnivå, som innebär att underlaget exempelvis är korrekt, relevant och fullständigt (i meningen tillräckligt omfattande) och rapporteras i rätt tid. Att en grundläggande kvalitetsnivå upprätthålls är en förutsättning för att nämnd/styrelses beslut om styråtgärder ska kunna vara ändamålsenliga. *För det fjärde* så måste nämnd/styrelse vid behov och när det är rimligt fatta beslut om styråtgärder i syfte att säkerställa att avvikelser från styrsystemet åtgärdas. *Slutligen och för det femte* ska regionstyrelsen i sin tur via sin uppsiktsplikt följa upp att nämnder och styrelser har säkerställt att deras styrsystem efterlevs i verksamheten samt rapportera resultatet till fullmäktige.

Om dessa förutsättningar föreligger så är det rimligt att anta att nämnd/styrelse har tagit sitt ansvar utifrån kommunallagen och säkerställt att styrelsens styrsystem efterlevs. Detta under förutsättning att nämnd/styrelse i sin tur redan i ett föregående skede har upprättat ett väl fungerande styrsystem där styrelsens styrsystem verkligen styr mot fullmäktiges beslut och lagstiftningens intentioner.

1.1 Granskningens syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om nämnd/styrelse, samt regionstyrelsen via uppsiktsplikten, har säkerställt att nämnd/styrelses styrsystem efterlevs i verksamheten. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Har nämnd/styrelse säkerställt att nämndens/styrelsens styrsystem efterlevs i verksamheten?
    a. Har nämnd/styrelse säkerställt förutsättningar för återföring av uppföljningsinformation och kontroller till nämnden/styrelsen genom att upprätta en ändamålsenlig organisation och tillhörande processer?
    b. Har nämnd/styrelse säkerställt att uppföljningsinformation och kontroller återförs till nämnden/styrelsen?
    c. Har nämnd/styrelse säkerställt att uppföljningsinformation och kontroller har en tillräckligt god kvalitet så att de kan ligga till grund för eventuella styråtgärder?
    d. Har nämnd/styrelse vid behov fattat beslut om styråtgärder eller vidtagit andra nödvändiga åtgärder baserat på uppföljningsinformation och kontroller?
2. Har regionstyrelsen via sin uppsiktsplikt säkerställt att nämnd/styrelse har säkerställt att styrsystemet efterlevs i verksamheten?
3. Har regionstyrelsen återfört sådan uppföljningsinformation till regionfullmäktige?

1.2 Avgränsning

Granskningen avser styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus (avseende Kungälvs sjukhus), styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset, styrelsen för folkhögskolorna, regionutvecklingsnämnden samt regionstyrelsen. Tidsmässigt avgränsas granskningen till perioden januari till och med september 2016, vilket inkluderar årsredovisning för 2015 och slutlig redovisning av internkontrollarbetet samt delårsrapport mars och augusti för 2016. Det innebär olika budgetår, men alla beslut och redovisningar som granskas sker

under år 2016. I vissa fall kommenteras redovisning med mera som skett under 2015, men detta ska betraktas som bakgrundsinformation och ligger inte till grund för bedömningarna.

1.3 Revisionskriterier

Övergripande revisonskriterier är:

- Kommunallagen 6:7 och 6:1
- Respektive nämnd/styrelses reglemente
- Riktlinjer för intern kontroll (Dnr RS 1195-2012)
- Rutin för intern kontroll (Dnr RS 2218-2015)
- Fullmäktiges budget
- Regionstyrelsens riktlinjer/anvisningar för delårsrapporter/årsredovisning

Se bilaga 1 avseende preciserade revisionskriterier.

1.4 Granskningsansvariga

Granskningsansvarig är Andreas Ivarsson. Varje projektdeltagare har ansvarat för en nämnd/styrelse: Thomas Vilhelmsson (styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset), Anna Ljungkvist (styrelsen för folkhögskolorna), Kristoffer Lundqvist (regionutvecklingsnämnden), Vilhelm Rundquist (regionstyrelsen) samt Andreas Ivarsson (styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus). Kari Aartojärvi har varit kvalitetsansvarig.

1.5 Metod

Granskningen utgör primärt en dokumentstudie som kompletteras med intervjuer. I ett första steg utvecklas ett analysschema baserat på revisionsfrågorna, de krav som följer av kommunallag, reglemente och riktlinjer/rutiner för intern kontroll med mera samt ett urval av styrdokument från delstudie 1. Utgångspunkten för urvalet utgår från tre kriterier (se bilaga 2 för urval av styrdokument). För det första ska det bygga på en riskanalys, dvs. inkludera ett urval av styrdokument där det finns indikationer på brister utifrån resultaten i delstudie 1. För det andra bör det ändå spegla en variation och bredd. Det innebär att det ska finnas en balans mellan olika verksamhetsområden, men också mellan olika typer av styrning (det vill säga om styrning sker via stat, regionfullmäktige eller via överenskommelser/uppdrag mellan parter i regionen). För det tredje ska det finnas en kontinuitet mellan delstudie 1 och delstudie 2 för att helhetsbedömningen med grund i de olika delstudierna ska blir relevant. Exempelvis förändras en del budgetuppdrag/mål från 2015 till 2016, medan andra i stort ligger kvar med vissa justeringar. I ett andra steg tillämpas analysschemat på nämndernas och styrelsernas beslut på nämnds/styrelsemötena med tillhörande handlingar. Syftet är att bedöma revisionsfråga 1 med tillhörande delfrågor. I ett tredje steg genomförs vid behov intervjuer med relevanta aktörer för att komplettera och säkerställa analysen.

Motsvarande urval och metod tillämpas för regionstyrelsen och fråga 2 och 3, dock med ett mer avgränsat urval gällande styrdokument. Urvalsprincipen har varit att fokusera lagstiftning och policyer där brister identifierats sedan tidigare utifrån delstudie 1. Slutligen har berörda aktörer beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

2. Styrsystemen som grund för uppföljning och kontroll

Inledningsvis kan det konstateras att förutsättningarna för nämnder och styrelser att efterleva sitt styrsystem påverkas i betydande grad av hur det utformades från början. Om det saknas styrning i väsentlig utsträckning, eller att denna är oklar, så bidrar det till svårigheter med att säkerställa att styrsystemet efterlevs. Vi konstaterade i den första delstudien av denna granskning att det fanns en obalans i nämndernas och styrelsernas styrsystem. När det gällde fullmäktigebeslut avseende policyer så hanterade nämnder och styrelser sitt ansvar på ett mindre tydligt sätt jämfört med hur krav hanterades som följde av budgethandlingen eller överenskommelser. Till stora delar överläts ansvar, styrning och kontroll av dessa policyer till förvaltningen. Även i de fall när fullmäktige hade beslutat om tydliga uppdrag som var direkt riktade till nämnder och styrelser. Vidare konstaterades att regionstyrelsen inte fullt ut hade säkerställt en ändamålsenlig uppsikt över huruvida nämnderna och styrelserna hade upprättat ett väl fungerande styrsystem. Detta avsåg i synnerhet uppsikten gällande regionfullmäktiges policyer samt lagstiftning.

I de svar som nämnder och styrelser lämnat på granskningen framkommer flera insatser för att förbättra de brister som identifierades i granskningen. Regiondirektören fick i uppdrag att lämna förslag till policy för intern styrning och kontroll. Den skulle ersätta den nuvarande riktlinjen för intern kontroll och som fastställts av regionstyrelsen. Förslag skulle presenteras senast december 2016. Så har inte skett. Förslag ska dock enligt uppgift läggas fram i början av 2017. Regiondirektören fick vidare i uppdrag att som ett komplement till befintliga reglementen utarbeta en praktisk vägledning för nämndarbetet. Vidare har såväl styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset som styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus antagit rutiner för att hantera externa styrdokument såsom nya policyer och lagstiftning. Regionutvecklingsnämnden har lämnat ett liknande uppdrag till regionutvecklingsdirektören. Vidare har styrelse för Sahlgrenska universitetssjukhus också lämnat uppdrag om att tydliggöra kopplingen mellan styrdokument och arbetet med den interna kontrollen inför 2017. Styrelsen för folkhögskolorna har gett förvaltningschefen i uppdrag att arbeta för att tydliggöra uppdragen från kulturnämnden genom dialog och uppdatering av uppdrag. Ett tillägg i årshjulet ska göras om att uppdraget ska antas årligen. Förvaltningschefen fick också i uppdrag att skapa tydligare hänvisningar till styrdokumenten i de beslut styrelsen fattar. Vidare ska förvaltningschefen fortsätta informera styrelsen om RF:s policyer och riktlinjer, samt rapportera förvaltningens efterlevnad av dessa. Slutligen beslutade styrelsen också att ge förvaltningschefen i uppdrag att genomföra en risk- och väsentlighetsanalys och skapa en ny internkontrollplan 2016 (styrelsen beslutade sedan under hösten 2016 om ny rutin för intern kontroll utifrån detta uppdrag).

Det kan därmed konstateras att åtgärder för att förbättra styrning och kontroll har vidtagits eller planeras av nämnderna och styrelserna. Det bör samtidigt noteras att inga av dessa förslag har implementerats och genomförts på ett sådant sätt att de hunnit få något genomslag avseende det urval och de frågeställningar som hanteras i denna rapport. Däremot kommer de att hanteras i senare rapporter inom denna granskning och kan då ha fått genomslag. Vi återkommer också kort till vissa av förslagen i den sammantagna bedömningen och rekommendationerna i denna rapport. Vi noterar därmed att det finns bristande förutsättningar för att nämnder och styrelser ska kunna säkerställa efterlevnaden redan från början. Det gäller i synnerhet fullmäktiges policyer.

I de följande kapitlen presenteras iakttagelser och bedömningar för varje revisionsfråga per nämnd/styrelse. Inledningsvis behandlas organisation och processer. Därefter återrapportering och sedan återrapporteringens kvalitet samt de styråtgärder som eventuellt har vidtagits.

Därefter presenteras de iakttagelser och bedömningar som gäller regionstyrelsen i ett särskilt kapitel. Det sista kapitlet innehåller en sammanfattande bedömning.

3. Ändamålsenlig organisation för kontroll och uppföljning?

Avsnittet syftar till att översiktligt beskriva huruvida nämnd/styrelse säkerställt förutsättningar för återföring av uppföljningsinformation och kontroller till nämnden/styrelsen genom att upprätta en ändamålsenlig organisation och tillhörande processer. Inledningsvis beskrivs organisationen för den interna kontrollen per nämnd/styrelse och därefter samlat om organisation och processer för uppföljning.

3.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

Den nuvarande styrelsen har i början av 2015 beslutat om ”Sahlgrenska Universitetssjukhusets plan för intern styrning och kontroll – Strategisk inriktning och åtgärder 2015-2016. Planen gäller för både 2015 och 2016. Den anger övergripande hur den interna kontrollen ska utövas. Planen är inriktad på riskhantering. Den består huvudsakligen av att utsedda funktioner skall upprätta planer, baserat på riskanalyser, inom ett stort antal olika riskområden som kan omfatta såväl förebyggande åtgärder som kontroller/uppföljning. Den kontroll som rapporteras till styrelsen utgörs av en kontroll om det finns planer eller inte. Huruvida planerna genomförs i förvaltningen och om resultat uppstår till följd av det ligger utanför kontrollens räckvidd, såvida inte styrelsen skulle särskilt begära en fördjupad uppföljning, vilket dock inte skett under den granskade perioden. I internkontrollplanen finns en rubrik ”avgränsning” för varje plan som förvaltningen ska ta fram. Enligt uppgift ska den avgränsningen läsas som en beskrivning av de olika planernas syfte. Det ger vid handen att planernas syfte beskrivs övergripande. Exempelvis att granska följsamhet till lagstiftning, riktlinjer, rutiner, processer, eller uppföljning och analys av indikatorer inom ett specifikt område alternativt förebyggande åtgärder. Den nuvarande styrelsens deltagande i utformningen av internkontrollplanen har varit av mycket begränsad karaktär. Deltagande avser främst insatser under 2015. Internkontrollplanen avser som tidigare framkommit både 2015 och 2016. Det innebär att styrelsen inte har genomfört någon förnyad risk- och väsentlighetsanalys specifikt för 2016. Styrelsen har inte heller utformat någon ny internkontrollplan för 2016. Av planen framgår vidare riskområde, avgränsning, övergripande ansvar. Det framgår också tidplan, riskanalys och kontroll(frekvens).

3.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

Styrelsen har haft en internkontrollplan som antogs för 2015 av styrelsen. Av underlaget till planen framgår att återrapportering av planen ska ske i årsredovisningen. Styrelsen var involverad i utformningen av planen i mycket liten utsträckning. I januari 2016 beslutades en ny internkontrollplan för styrelsen. Samtidigt beslutades om en särskild internkontrollplan för sjukhuset. Det framgår inte av beslutet när återrapportering till styrelsen ska ske. Rapporteringen av sjukhusets internkontrollplan ska ske till funktioner inom förvaltningen och inte till styrelsen. Av planerna för 2016 framgår vidare kontrollområde, kontrollmoment, risk, riskvärdering och till vem rapportering sker. Syftet med att ha två olika internkontrollplaner har av styrelsens före detta ordförande beskrivits som att förvaltningen och styrelsen har olika uppdrag. Styrelsen var involverad i och genomförde en riskanalys som ligger till grund för styrelsens internkontrollplan för 2016. Styrelsen har sedan flera år tillbaka fattat beslut om övergripande anvisningar för den interna kontrollen. Dessa anvisningar har dock inte hanterats formellt av den nuvarande styrelsen i något styrelsesammanhang.

3.3 Styrelsen för folkhögskolorna

Styrelsen har i stort sett haft samma internkontrollplan under den granskade perioden. Den har varit gällande sedan januari 2015. Planen har framförallt fokus på förvaltningens löpande kontroller. Av denna framgår vad som ska kontrolleras, vem som ska kontrollera, vem som är

ansvarig och när kontrollen ska göras. Vidare anges vilket eller vilka styrdokument som gäller samt vem avvikelser ska rapporteras till. Det framgår även att internkontrollplanen årligen ska ses över och revideras vid behov. Det framgår inte hur internkontrollarbetet ska återrapporteras på ett samlat sätt. En ny internkontrollplan beslutades sent i augusti 2016. Även i denna framgår på samma sätt som i den föregående internkontrollplanen vad som ska kontrolleras med mera. Styrelsen har också i samband med detta beslutat om en ny rutin för internkontrollarbete och framtagande av risk- och väsentlighetsanalys. Denna rutin utgår ifrån regionens riktlinjer och rutiner för intern kontroll. Det som dock skiljer sig något åt från riktlinjerna/rutinerna är årshjul/tidplan för arbetet. I rutinen beskrivs hur risk- och väsentlighetsanalys ska göras i flera steg. I beskrivningen av dessa steg framgår vad styrelse, styrelsens presidium och förvaltningschefen ska göra.

3.4 Regionutvecklingsnämnden

Nämnden har under den granskade perioden haft två olika internkontrollplaner. Nämnden beslutade i september 2015 om en internkontrollplan. Ett uppdrag gavs till regionutvecklingsdirektören att återrapportera kontrollerna till nämnden vid årsbokslut februari 2016. Som grund för planen gjordes en beskrivning av styrmiljön. En riskanalys gjordes utifrån styrmiljön och nämndens kärnuppdrag. Nämndens presidium involverades i denna process inför beslut. I sammanhanget bör det noteras att det finns en gränsdragning beträffande ansvar och befogenheter mellan regionutvecklingsnämnden och regionstyrelsen när det gäller förvaltningen. Det är utifrån reglementena regionstyrelsen som ansvarar för att organisationen är tydlig och ändamålsenlig med hänsyn till fullmäktiges mål och styrmodell samt lagar och andra författningar för verksamheten. Nämnden beslutade i januari 2016 om en ny internkontrollplan. Uppdrag ges till regionsutvecklingsdirektören om återrapportering av kontrollerna. Det beslutas ske vid delårsbokslut 2016. Regionsutvecklingsdirektören har fått i uppdrag att besluta om åtgärdsplan för 2016. Det vill säga risker som huvudsakligen ska hanteras direkt genom åtgärder, snarare än genom kontroller. Planen bygger på en bred genomgång av styrmiljön och en riskanalys som görs utifrån denna. Både nämndens presidium och nämnden har involverats i denna process. Av planen framgår kontrollområde, kontrollmoment, funktioner som ansvarar för att utföra kontrollen. Det framgår också metod, kontrollfrekvens, till vem rapportering ska ske och hänvisning till övergripande styrdokument.

3.5 Uppföljning

Samtliga granskade nämnder/styrelser har i arbetsordning eller liknande dokument övergripande beskrivningar för den grundläggande uppföljningen av verksamheten. Samtliga granskade nämnder/styrelser har också beslutat om en instruktion för förvaltningschefen. Den avser bland annat en hel del uppföljningsuppgifter. Vidare har samtliga granskande nämnder/styrelser genom beslut om detaljbudget/verksamhetsplan beslutat om uppföljningens inriktning. Detta även om det varierar hur tydliga dessa beslut är i budgetarnas olika delar. Samtliga granskade nämnder/styrelser har vidare beslutat om delegationsordningar. På detta följer krav på återrapportering. Detta kompletteras i förekommande fall även av särskilda beslut om uppföljning i övrigt. Styrelsen för folkhögskolorna har exempelvis rutiner för hur beslut ska utformas och återrapporteras. Den har också ett särskilt årshjul där bland annat uppföljning och rapportering till beställare, staten och ägare framgår. Regionutvecklingsnämnden har särskilda beslut om uppföljning som en del av olika handlingsprogram samt beslut om anvisningar, riktlinjer, rutiner för handlingsprogram, beställaruppdrag, verksamhetsbidrag, projektstöd, samt krav på kontroll, uppföljning, utvärdering, återrapportering. Nämnden beslutade i detaljbudget 2008 om ett mål att utarbeta en strategi (kallat modell) för lärande och uppföljning och utvärdering. Modellen används fortsatt och har reviderats sedan införande. Utifrån ovan angivna modell finns rutiner för en systematisk återrapportering till nämnden av

beställaruppdrag, verksamhetsbidrag och projekt. Vidare har sjukhusen exempelvis system som bland annat omfattar uppföljning och ansvar för kvalitet och patientsäkerhet. Utöver det har båda sjukhusen också genom vårdöverenskommelser beslutat om särskilda uppföljningsformer kopplat till överenskommelserna.

3.6 Bedömning

Bedömningen är att samtliga granskade nämnder och styrelser har tagit beslut om grundläggande organisation och processer för återföring av uppföljningsinformation och kontroller till nämnden/styrelsen. Styrelsen för folkhögskolorna och styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus har under den granskade perioden brister när det gäller att tydliggöra i internkontrollplanen eller på annat sätt *när* respektive granskning eller kontroll ska rapporteras till nämnd/styrelse.[1] När det gäller ändamålsenligheten i organisation och processer i övrigt så återkommer en diskussion kring denna i den sammanfattande bedömningen i slutet av rapporten.

[1] I det beslut FHSK fattat om ny rutin för intern kontroll under hösten 2016 framgår dock detta, även om den nya rutinen inte helt följer RS:s anvisningar vad gäller tidpunkt för återrapportering.

4. Återrapporteras kontroller och uppföljning?

Syftet med detta avsnitt är att beskriva huruvida nämnd/styrelse har säkerställt att kontroller och uppföljningsinformation återförs till nämnd/styrelse. I detta avsnitt och genom rapporten löpande kommer vi att redovisa å den ena sidan kontrollinformation (som bygger på bland annat internkontrollplanen) och å den andra sidan uppföljningsinformation (som bygger på anvisningar och andra beslut) var för sig. En beskrivning av skillnaden mellan dessa finns i rapportens inledning och i de preciserade revisionskriterierna i bilaga 1.

4.1 Genomförs kontrollerna?

Det är en självklarhet att kontrollerna måste genomföras. Detta för att de i nästa led ska kunna rapporteras till nämnd/styrelse. Det varierar i vilken mån varje enskild nämnds eller styrelses kontroller berör de områden som ingår i urvalet för denna granskningsrapport. I vissa fall är kopplingen mellan ett kontrollområde och urvalet i denna rapport mycket tydligt. Medan det i andra fall endast tangerar urvalet. I en del fall finns en koppling huvudsakligen genom ett mycket omfattande kontrollområde. Exempelvis ”att mål ska följas upp” eller att ”policyer ska följas”. Detta utan att det anges något särskilt mål eller någon särskild policy som kontrollen är riktad mot. Inledningsvis beskrivs dock kontrollerna för varje nämnd/styrelse som berör urvalet och därefter behandlas frågan om uppföljning har skett.

4.1.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

När det gäller Sahlgrenska universitetssjukhuset finns kontroller som relativt tydligt anknyter till säkerhetsstrategin, kostnads-/budgetkontroll och kontroller som även tangerar kompetensförsörjning och patientlagen. Det är tre kontroller som uppges indirekt relatera till patientlagens tredje kapitel. De ligger inom riskområdet patientsäkerhet. För det första omfattar det att upprätta utvecklingsplan avseende patientsäkerhet och kvalitet. För det andra att upprätta kontroll- och revisionsplan avseende patientsäkerhet och kvalitet. För det tredje att upprätta controllingplan (uppföljning och analys) avseende patientsäkerhet och kvalitet.

4.1.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

För styrelsen gäller att kontroller finns för 2015 som tydligt anknyter till urvalet när det gäller inköpspolicyn och representationspolicyn i internkontrollplanen. Dessa återfinns också 2016, men då enbart i sjukhusets internkontrollplan. Det framgår inte i denna att rapportering ska ske till styrelsen. För 2016 finns också kontrollmoment som tydligt anknyter till kompetensförsörjning och även säkerhetsstrategin. Vidare finns för både 2015 och 2016 flera olika kontroller som anknyter till kostnads-/budgetkontroll.

4.1.3 Styrelsen för folkhögskolorna

Styrelsen har kontroller inom flera områden som direkt anknyter till urvalet i denna rapport. Det gäller inköpspolicyn, representationspolicyn och kostnads-/budgetkontroll. Det gäller även det uppdragsbaserade verksamhetsstödet som avser att folkhögskolorna ska vara en väl utvecklad resurs för att sprida folkbildning i hela Västra Götaland och spegla mångfalden i samhället. Utöver det finns ett antal generella kontroller i internkontrollplanen. De kan innefatta mer av urvalet beroende på hur kontrollerna genomförs. Det gäller statsbidragsvillkoret, säkerhetsstrategin, policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och kompetensförsörjningen. De omfattas av kontroller i meningen att det för det första finns en kontroll som innebär att uppföljning av mål- och verksamhetsplan för förvaltningen följs upp och för det andra finns ett kontrollmoment som avser att beslutade policyer följs.

4.1.4 Regionutvecklingsnämnden

När det gäller 2015 finns ett kontrollmoment som anknyter till kostnads-/budgetkontroll. För 2016 finns ett kontrollmoment som omfattar representationspolicyn. I övrigt finns det främst för 2016 en rad olika kontrollmoment som beroende på hur kontrollerna genomförs i princip skulle kunna omfatta hela det övriga urvalet. Det beror på att kontrollerna omfattar om nämnden har tillräcklig intern styrning för att hantera samtliga ansvarsområden enligt reglementet. Vidare om det finns tillräcklig kännedom hos ledningen i förvaltningen om de styrande dokument som regionfullmäktige fastställt. Dessutom att ansvarsfördelningen mellan regionutvecklingsnämnden och närliggande nämnder och beredningar är tillräckligt tydlig och/eller att förankringsprocesserna är klargjorda före beslut vilket annars kan leda till otillräcklig styrning från olika håll. Vidare och slutligen att nämndens medverkan i projekt/verksamheter/uppdrag är tillräckligt synlig externt och internt.

4.1.5 Genomförande av kontrollerna

I de fall där nämnderna och styrelserna har en särskild kontroll som enligt plan ska genomföras inom en bestämd tidsplan (utifrån egna beslut eller regionstyrelsens anvisningar) som ligger inom granskningens tidsperiod och som avser vårt urval så har förvaltningen också genomfört kontrollen. Det finns dock tveksamheter när det gäller styrelsen för folkhögskolorna. Det gäller framförallt kontrollen som avser om policyer följs och därmed eventuellt omfattande framförallt strategin för säkerhetsarbetet och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter. I övrigt kan det generellt konstateras för flera av de granskade nämnderna/styrelserna att det finns problem med att exakt avgöra huruvida en kontroll i vissa fall är genomförd helt eller delvis. Det beror på att kontrollerna i en del fall omfattar ett mycket vidsträckt område. Ett exempel är kostnadseffektivitet. Den kontroll som genomförts är betydligt mer avgränsad än det mycket omfattande området kostnadseffektiv verksamhet. Detta även om den verkligen faller inom kontrollområdet. Det är dock något svårt att avgöra vad som var avsett att kontrolleras och om kontrollen är genomförd så som det var avsett eftersom detta inte har specificerats. I något fall kan det också noteras att genomförandet av kontrollerna inte alltid dokumenteras. Exempelvis när det gäller representation och styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus.

4.2 Rapporteras kontrollerna när de genomförts?

En form av återrapportering till nämnd/styrelse är en samlad återrapportering av resultatet av den interna kontrollen i samband med bokslutet. Regionens riktlinjer ställer krav på en sådan återrapportering. Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt regionutvecklingsnämnden har rapporterat resultatet av sin interna kontroll för 2015 i samband med bokslutsarbetet. Även Sahlgrenska universitetssjukhuset har rapporterat resultatet av sin interna kontroll för 2015 något efter bokslutsarbetet. När det gäller Folkhögskolestyrelsen har så dock inte skett. Här återfinns ingen rapportering alls i samband med bokslutet. Förutom denna slutrapportering står det fritt för nämnderna och styrelserna att anta anvisningar eller ange i sin internkontrollplan när respektive granskning ska redovisas till nämnd/styrelse.

4.2.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

Det framgår av styrelsens internkontrollplan att planen ska följas upp två gånger per år. Det kan konstateras att en muntlig återrapportering skett i september 2015 och en slutrapportering strax efter bokslutet. Utöver det finns en fastställd uppföljningsfrekvens för respektive kontrollmoment. De kontroller som har rapporterats sammantaget, genom både slutrapporteringen av den interna kontrollen för 2015 och styrelsens egna beslut och som berör urvalet, är främst för 2015 kontroller som relativt tydligt anknyter till säkerhetsstrategin, kostnads-/budgetkontroll och kontroller som även tangerar kompetensförsörjning och

patientlagen. Kommentarer finns i anslutning till redovisning av området ekonomi/redovisning kring inköp och representation. När kontrollen för området redovisas framgår att kontroller planeras utvecklas och arbetas med avseende inköp och representation.

4.2.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

För 2015 finns ett beslut om att redovisning ska ske i årsredovisningen. Vid intervjuer framkommer att någon särskild och explicit rapportering inte sker av kontrollerna. Rapporteringen ingår i den löpande skriftliga och muntliga redovisningen av ärenden på styrelsemöten och i form av del- och årsrapporter. Skulle någon väsentlig avvikelse ha framkommit utöver det så skulle förvaltningen enligt uppgift ha rapporterat denna till styrelsen. Det gäller såväl 2015 som 2016. Det har inte fattats något särskilt beslut om detta utan beskrivs istället som en informell överenskommelse. Det gör det sammantaget svårt att avgöra om rapportering av kontroller har skett på det sätt som var avsett såväl 2015 som 2016. I ett undantagsfall finns dock särskilda krav på att redovisa kontrollområdet kompetensförsörjning i samband med delårsrapport mars 2016. En sådan rapportering sker också. De kontroller som har rapporterats sammantaget, genom både slutrapporteringen av den interna kontrollen för 2015 och styrelsens egna beslut och som berör urvalet, är för 2015 inköpspolicyn samt representationspolicyn. För 2016 är det kompetensförsörjningen. I dessa tre fall görs det inom ramen för den interna kontrollen. Utöver det sker en hel del av rapporteringen i års- och delårsrapporter som anknyter till kostnads-/budgetkontroll och även till säkerhetsstrategin.

4.2.3 Styrelsen för folkhögskolorna

Något beslut har inte fattats om när kontrollerna ska redovisas till styrelsen. Som tidigare noterats har heller ingen rapportering skett i samband med bokslut 2015. Något beslut finns inte heller för 2016 fram till augusti. Då togs nya beslut om rapportering i oktober/november. Styrelsen för folkhögskolorna har flera kontroller som berör urvalet i denna granskning vilket beskrivits tidigare. Ingen formaliserad rapportering har därmed sammantaget skett för den aktuella perioden som ingår i granskningen. Förvaltningschefen menar dock att om något inte fungerat så har presidiet varit informerade. Detta är dock inte något som dokumenterats i särskild ordning.

4.2.4 Regionutvecklingsnämnden

Nämnden antog sin internkontrollplan mycket sent under 2015. Endast en uppföljning gjordes i samband med bokslut 2015. Det ligger i linje med nämndens beslut om att samlat redovisa uppföljning av genomförda kontroller i februari 2016. För internkontrollplan 2016 beslutades att redovisning ska ske i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Förvaltningen återrapporterade tre av nio kontrollmoment i delårsrapport mars 2016. I redovisningen angavs att ytterligare kontroller bör ske under året för dessa tre kontrollmoment. Ingen ytterligare återrapportering gjordes vid delårsbokslut augusti och förvaltningen uppger i granskningens intervjuer att en samlad redovisning istället planeras i årsredovisningen. De kontroller som har rapporterats sammantaget genom både slutrapporteringen av den interna kontrollen för 2015 och styrelsens egna beslut och som berör urvalet är representation under 2016 och under 2015 kostnads-/budgetkontroll.

4.2.5 Sammanfattning

Sammantaget innebär detta att styrelsens för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus, regionutvecklingsnämnden och styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset i stort sett har återrapporterat sina kontroller i enlighet med regionens anvisningar och/eller i enlighet med de beslut som nämnd/styrelse tagit på egen hand. I samtliga fall bygger det på kontroller som

förvaltningen har genomfört. När det gäller styrelsen för folkhögskolorna är det tveksamt om vissa av kontrollerna genomförts samtidigt som inga kontroller har rapporterats.

4.3 Återrapporteras övrig uppföljning enligt beslut?

Uppföljning och återrapportering (utöver den som sker inom ramen för den interna kontrollen) sker vanligen utifrån anvisningar för delårs- och årsrapporter. Vidare sker det också utifrån särskilda överenskommelser och särskilda beslut av såväl nämnd/styrelse, regionstyrelsen som av fullmäktige. Sådana beslut och anvisningar kan ange vad som ska rapporteras och när det ska ske. I bilaga 3 finns en sammanställning av vilka krav som gäller för de policyer och budgetmål/uppdrag och som ingår i denna granskning. Dessa krav är i stort sett likadana för alla de nämnder/styrelser som ingår i granskningen.

4.3.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

När det gäller patientlagen så framgår i årsredovisningen att finns ett arbete med att ta fram ett standardiserat patientinformationsmaterial i Västra Götalandsregionen som en del av sjukhusets likabehandlingsplan 2013-2015 avseende jämställd och jämlik vård. Som tidigare nämnts har också sjukhuset i sin internkontrollplan ett moment som berör frågan. I övrigt har frågan under den granskade perioden främst behandlats av styrelsen inom ramen för patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsarbetet är en stående punkt på styrelsens dagordning. Chefläkare deltar varje månad och diskuterar avvikelser. Alla av IVO beslutade Lex Maria-ärenden skickas ut till ledamöterna. Vidare framgår att under 2015 har patientsäkerhetsarbetet behandlats vid flera tillfällen. I mars 2016 presenterades patientsäkerhetsberättelsen för 2015. Av denna framgår bland annat former för uppföljning när det gäller samverkan med patienter och närstående. Vidare framgår olika insatser som genomförts. Ett mål finns också för sjukhuset som behandlar huruvida patienten är nöjd med informationen vid akutbesöket. Det redovisas också i årsredovisning 2015. I årsredovisningen 2015 redovisas också den så kallade kvalitetsbarometern som även den behandlar aspekter relaterade till lagen. Vidare rapporteras resultat av patientenkäter i delårsrapporten för augusti 2016. Patientenkäter kommenteras även i ytterligare rapporter, exempelvis årsredovisningen 2015. Styrelsen har även i april 2016 fått information om den uppbyggnad av svarfunktion för vårdgarantifrågor som implementerades under våren 2016. Under avvikelserapporteringen hanteras också utfall kring valfrihetsvård. Valfrihetsvården konstateras öka. Med anledning av detta har styrelsen exempelvis i maj 2016 bett om och fått en redovisning av ansvaret för att uppfylla vårdgaranti, valfrihet och behovsprincipen. Frågorna uppges också diskuteras vid patientnämndens återrapportering till styrelsen.

Någon redovisning av avtalstrohet eller inköp utan upphandling sker inte för 2015 utöver en kommentar i redovisningen av kontrollmomentet ekonomi/redovisning. I kommentaren beskrivs att det finns planer på att följa upp avtalstrohet. Det finns inga krav på redovisning av avtalstrohet eller dylikt under 2016 annat än i samband med årsbokslutet. Något beslut om redovisning eller genomförd redovisning utöver detta på frivillig basis under 2016 fram till och med delår augusti förekommer inte. Under 2016 behandlar styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset en revisionsrapport avseende inköp och beslutar att vidta en rad åtgärder enligt en handlingsplan. Åtgärderna ska säkerställa att lagstiftning, policyer och riktlinjer följs inom sjukhuset. En särskild internkontrollplan ska fastställas för inköp och avtal. Vidare konstateras att det finns problem med att mäta avtalstrohet på ett ändamålsenligt sätt på grund av bristande systemstöd.

Av riktlinjen för representation, som kompletterar policyn, framgår att tillämpningen av bland annat policyn ska följas upp genom intern kontroll. Ingen återrapportering av uppföljning eller

kontroll avseende representationspolicyn har skett till styrelsen (som inte har något specifikt kontrollmoment som avser representationspolicyn) under den granskade perioden. Detta bortsett från att representation kommenteras kort under kontrollen ekonomi/redovisning[2]. Regionens säkerhetsstrategi ställer flera olika krav på uppföljning och rapportering. Årligen görs en uppföljning av regionstyrelsen som sker via en enkät till förvaltningar och bolag. Uppföljning och rapportering sker via denna i styrelsen samt i enlighet med anvisningar i årsredovisningen för 2015.

För policyn för handikappfrågor som numera är upphävd och ersatt av policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter finns krav på att varje nämnd/verksamhet ska följa upp sin verksamhet/beställningar ur ett handikapperspektiv/mänskliga rättigheter[3]. Båda policyerna ställer krav på uppföljning. Krav som relativt tydligt anknyter till dessa policyer fanns också i anvisningarna för årsredovisningen för 2015. Ingen redovisning sker för styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset. I övrigt sker ingen redovisning heller under 2016 (och några sådana direkta krav finns inte heller annat än i anvisningarna för årsredovisningen). Rättighetsfrågor utifrån andra grunder än funktionsvariationer redovisas i olika sammanhang, exempelvis utifrån kön.

I regionens budget för 2015 fanns uppdraget att alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomi i balans och i budgeten för 2016 finns liknande krav[4]. Sahlgrenska universitetssjukhus rapporterar enligt anvisningar när det gäller kostnads-/budgetkontroll. Så sker även i stort när det gäller budgetmålet som avser kompetensförsörjning. Uppföljning sker slutligen i enlighet med de överenskommelser som görs i form av vårdöverenskommelserna.

4.3.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

När det gäller patientlagen så följs patientinformation och kommunikation upp av styrelsen i delår augusti och årsredovisning 2015 i enlighet med regionstyrelsens anvisningar. Detta även om detta inte anges explicit med koppling till lagen. Några sådana direkta krav på återapportering finns inte för 2016 som gäller delårsrapporterna, däremot finns vissa krav i anvisningarna för årsredovisningen 2016 som ligger utanför den granskade perioden. Vidare framgår att frågan kommer upp inom ramen för patientsäkerhetsarbetet och att resultatet av patientenkäter redovisats under tidigare år. Någon formaliserad redovisning under 2016 kan dock inte identifieras, utöver att frågan behandlas i delar av patientsäkerhetsberättelsen.

Styrelsen har som en del av sin åtgärdsplan för en ekonomi i balans för 2015 bland annat uppföljning av leverantörstrohet. Denna redovisas också i årsredovisningen för 2015. Redovisningen omfattar inte specifikt inköp utan upphandling. Det finns som tidigare påpekat

[2] Kontrollmomentet ”ekonomi/redovisning” innefattar att upprätta en kontroll- och revisionsplan som avser fördjupade granskningar och löpande kontroller avseende följsamhet till regionala/nationella styrdokument, lagstiftning/förordningar och fastställda rutiner, riktlinjer, processer. Inklusive förebyggande åtgärder.

[3] Det ska här noteras att vi inte beskriver eller senare i rapporten bedömer nämndernas och styrelsernas hantering av policy för Västra Götalands arbete med mänskliga rättigheter som helhet, utan just specifikt avseende funktionshinder/variationer.

[4] Förutsättningarna för de olika nämnderna/styrelserna är olika då vissa har ett uppenbart problem med att nå en ekonomi i balans medan andra inte har ett sådant problem i någon större utsträckning. De nämnder och styrelser som har ett sådant uppenbart problem har utöver de ordinarie anvisningarna även vissa ytterligare krav på uppföljning av ekonomin och åtgärdsplaner från både regionstyrelsen och fullmäktige. Tydligaste exemplet på detta är styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus där det kan konstateras att uppföljning och återrapportering är mycket omfattande i relation till de övriga granskade nämnderna/styrelserna.

inga specifika krav utifrån policyn (eller regionala anvisningar) att redovisa avtalstrohet med mera utöver vid bokslut 2016. Styrelsen har inte fattat några tillkommande beslut om redovisning. Någon redovisning har heller inte skett i styrelsen efter redovisningen i årsredovisningen för 2015.

Styrelsen har ett moment med representation i sin internkontrollplan för 2015. Planen som helhet rapporterades i samband med bokslut 2015, även om det sker utan att detta kontrollmoment rapporteras specifikt. Utöver det har inte någon uppföljning i övrigt skett som har rapporterats till styrelsen under den granskade perioden. Det kan noteras att ett kontrollmoment finns i sjukhusets internkontrollplan för 2016. Enligt planen sker dock rapporteringen på förvaltningsnivå.

Uppföljning och rapportering av säkerhetsstrategin sker via regionstyrelsens enkät i styrelsen samt i enlighet med anvisningar i årsredovisningen för 2015. När det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter görs en kortfattad redovisning enligt anvisningar för årsredovisning 2015. Ingen redovisning har skett under 2016, under den granskade perioden, och inga sådana krav finns heller. Rättighetsfrågor utifrån andra grunder än funktionsvariationer redovisas i olika sammanhang.

När det gäller kostnads-/budgetkontroll kan det konstateras att uppföljning och återrapportering är mycket omfattande. Samtidigt kan det konstateras att styrelsen inte följer de beslut som fullmäktige fattat avseende uppföljning av åtgärdsplaner för år 2016. Det gäller i synnerhet fram till och med april 2016. Det är också något oklart hur och på vilket sätt återrapportering av styrelsens effektiviseringsplan ska ske för 2016. Samtidigt är rapporteringen av effektiviseringsplanen begränsad under våren 2016. När det gäller budgetmålet om kompetensförsörjning sker i stort redovisning enligt anvisningar. Uppföljning sker till sist i enlighet med den uppföljningsplan som följer av vårdöverenskommelsen.

4.3.3 Styrelsen för folkhögskolorna

Styrelsen följer anvisningarna från staten i statsbidragsvillkoret. Det görs genom ett beslut som styrelsen fattade i juni 2016 där årsredovisningar till folkbildningsrådet beslutades. Det sker ingen redovisning av avtalstrohet eller inköp utan upphandling för 2015. Styrelsen för folkhögskolorna har en kontroll i sin internkontrollplan avseende inköp. Inga beslut om återrapportering har fattats utöver det och ingen återrapportering har skett inom ramen för internkontrollplanen eller i övrigt under den granskade perioden. Ingen återrapportering av uppföljning eller kontroll avseende representationspolicyn har skett till styrelsen för folkhögskolorna (som har ett kontrollmoment i internkontrollplanen för både 2015 och 2016) under den granskade perioden. Uppföljning och rapportering av säkerhetsstrategin sker via regionstyrelsens enkät i styrelsen samt i årsredovisningen för 2015. Den redovisning styrelsen gör i årsredovisningen kan inte sägas leva upp till anvisningarnas innehållsmässiga krav.

När det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter görs en kortfattad redovisning enligt anvisningar för årsredovisning 2015. Styrelsen för folkhögskorna behandlar också i viss mån frågan genom respektive folkhögskolas årsredovisning till folkbildningsrådet. Ingen redovisning har skett under 2016, när det gäller den granskade perioden. Som tidigare noterat finns inte heller några sådana krav. Rättighetsfrågor utifrån andra grunder än funktionsvariationer redovisas i olika sammanhang.

Det finns vissa brister i styrelsens rapportering av kostnads-/budgetkontroll framförallt när det gäller att kommentera utvecklingen i årsredovisningen 2015, men tydligare brister i

delårsrapporten 2015 där ingen utförligare åtgärdsplan tas fram. För 2016 följs i stort sett anvisningarna. Redovisning sker också enligt anvisningar när det gäller budgetmålet om kompetensförsörjning. Vidare och slutligen sker uppföljning enligt den beställning som styrelsen har.

4.3.4 Regionutvecklingsnämnden

När det gäller lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län förefaller denna följas upp enligt flera olika modeller/upplägg och i enlighet med beslut om vad som ska redovisas och när. Lagen omfattar relativt komplexa frågor. Den har också koppling till ett flertal av nämndens verksamhetsområden. Granskningen visar samlat att uppföljning och återrapportering till nämnden i allt väsentligt sker i enlighet med anvisningar, överenskommelser eller särskilda beslut inom verksamhetsområden[5]. Dock noteras en brist gällande fördjupade stickprovskontroller av projekt som inte genomförts 2016 på grund av personalförändringar. Åtgärder på området ingår som en del i åtgärdsplan 2016 (inom ramen för intern kontrollplan 2016)[6].

Någon redovisning av avtalstrohet eller inköp utan upphandling för 2015 görs inte. Nämnden har mycket generell kontroll av policyer som möjligen skulle kunna avse bland annat inköpspolicyn i sin internkontrollplan. Inga beslut om återrapportering har fattats utöver det och ingen återrapportering har skett inom ramen för internkontrollplanen eller i övrigt under den granskade perioden. Detta förutom att nämnden, på samma sätt som tidigare nämndes avseende styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset, behandlar en revisionsrapport avseende inköp och avger svar på denna. När det gäller representationspolicyn ingår ett kontrollmoment i planen för 2016 (dock inte för 2015). Redovisning av kontrollmomentet sker i delårsrapport mars 2016. Uppföljning och rapportering av säkerhetsstrategin sker via regionstyrelsens enkät i nämnden. Utöver det sker också redovisning i enlighet med anvisningar i årsredovisningen för 2015. Ingen redovisning sker avseende policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter för regionutvecklingsnämnden för 2015. Det sker inte heller under 2016, men då finns inte några sådana direkta krav annat än i anvisningarna för årsredovisningen. Rättighetsfrågor utifrån andra grunder än funktionsvariationer redovisas i olika sammanhang.

Regionutvecklingsnämnden rapporterar enligt anvisningar när det gäller kostnads-/budgetkontroll. När det gäller budgetmålet om kompetensförsörjning är en sådan redovisning inte relevant för regionutvecklingsnämnden då regionstyrelsen ansvarar för denna fråga.

4.3.5 Sammanfattning

För den övriga uppföljningen kan det konstateras att rapportering saknas helt eller delvis i samtliga granskade nämnder och styrelser utifrån de krav på återrapportering och uppföljning som följer av inköpspolicyn och representationspolicyn. I synnerhet gäller detta styrelsen för folkhögskolorna och styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset när det gäller båda policyerna. Det gäller även i synnerhet regionutvecklingsnämnden när det gäller inköpspolicyn. Rapportering saknas också när det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och

[5] Exempelvis regionala samråd och informationsinhämtning/omvärldsanalys inom regionala utvecklingsfrågor, VG2020 underliggande handlingsprogram, regional plan för transportinfrastruktur, delregionala tillväxtmedel, projektstöd, beställaruppdrag och verksamhetsbidrag.

[6] Uppföljande intervju under hösten 2016 visar att fördjupade stickprovskontroller (har utgjort en del av kontrollprocessen i projekthanteringen) av projekt inte skett under 2016 på grund av personalförändringar. Åtgärder för att säkerställa kontinuitet för olika funktioner, samt sårbarhet på grund av specialisering i RUN: s verksamhet ingår i åtgärdsplan 2016 (inom ram för intern kontrollplan 2016).

då gäller det i synnerhet regionutvecklingsnämnden och styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset. Det kan också konstateras att styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus inte följer de beslut/anvisningar som avser kostnads-/budgetkontroll. Det gäller i synnerhet de krav som gäller för 2016 och som beslutats av fullmäktige.

4.4 Bedömning

Bedömningen är att det finns enskilda brister i samtliga granskade nämnder/styrelser när det gäller att säkerställa att uppföljningsinformation och kontroller återförs till nämnd/styrelse. Att nämnder och styrelser efterlever de beslut som nämnd/styrelse själv tagit avseende återföring av uppföljningsinformation och kontroller, eller som andra tagit beslut om och som nämnd/styrelse har att följa, är en grundläggande förutsättning för att det överhuvudtaget ska finnas förutsättningar för att nämnd/styrelse ska kunna fatta beslut om styråtgärder och ytterst ta ansvar för verksamheten. Med tanke på hur nämnderna och styrelserna har utformat sina kontroller och sin uppföljning samt efterlevt dessa finns områden som uppenbart saknar sådana förutsättningar. Det gäller i synnerhet fullmäktiges antagna policyer. Det gäller särskilt inköpspolicyn och representationspolicyn och styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset och styrelsen för folkhögskolorna. Någon dokumenterad återföring av genomförda kontroller eller uppföljningsinformation enligt anvisningarna i övrigt har inte skett från september 2015 till och med september 2016. Detsamma gäller även policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset samt regionutvecklingsnämnden. Brister finns även när det gäller regionutvecklingsnämnden och inköpspolicyn, samt avseende representationspolicyn under 2015. När det gäller representationspolicyn och styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus är det oklart hur kontrollen av denna ska nå styrelsen under 2016. Vad gäller kostnads-/budgetkontroll följs inte fullmäktiges beslut under 2016. Vissa brister avseende kostnads-/budgetkontroll finns även för styrelsen för folkhögskolorna. En sammantagen bedömning när det gäller kontroll- och uppföljningsinformation ser ut som följer:

Tabell 1. Bedömning om nämnd/styrelse säkerställt att kontroller/uppföljning återrapporteras

Återföring saknas helt eller delvis (x)	SU	Kungälv	FHS	RUN
Lag				
Inköp	x	x	x	x
Representation	x	x (2016)	x	x (2015)
Säkerhet				
Handikapp/MR	x			x
Kostnadskontroll		x	x	
Kompetensförsörjning				
Överenskommelse/ Beställning				

Bedömningen är i dessa fall att nämnd/styrelse inte har säkerställt att varken kontroll- eller uppföljningsinformation har återförts till nämnd/styrelse. Här saknas helt eller delvis förutsättningar för att i nästa led fatta beslut om styråtgärder. Det gäller i synnerhet fullmäktiges policyer.

5. Tillräcklig kvalitet på kontroller och uppföljning?

Detta avsnitt syftar till att bedöma om nämnd/styrelse har säkerställt att kontroller (utifrån internkontrollplanen) och uppföljningsinformation (utifrån anvisningar eller särskilda beslut) har en tillräckligt god kvalitet så att de kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.

5.1 Kontrollernas kvalitet

Redogörelsen beskriver inledningsvis redovisningen av den interna kontrollen per nämnd/styrelse övergripande utan någon specifik koppling till urvalet som ingår i denna granskning. Därefter beskrivs specifikt kontrollmoment som har en explicit eller helt uppenbar koppling till urvalet i denna granskning. Slutligen görs också en beskrivning av kontrollmoment som potentiellt sett kan generera kontrollinformation om något av de urval som ingår i denna granskning. Detta även om det primära syftet med kontrollen inte behöver vara att särskilt kontrollera någon aspekt som berör denna granskningens specifika urval[7]. När det gäller det sistnämnda är det *mycket viktigt* att notera att det är en beskrivning och bedömning specifikt i relation till vårt urval som görs här. Det innebär i korthet att kontrollmomentet som helhet kan vara väl utformat och ha en god kvalitet utifrån den risk som beskrivs, men det bedömer vi inte här. Istället är det just den mer avgränsade aspekten om kontrollens kvalitet i relation till den här granskningens specifika urval som beskrivs och bedöms.

5.1.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

Redovisningar har genomförts som till sin karaktär ger en fullständig bild utifrån den internkontrollplan som redovisas. Internkontrollplanen är uppbyggd på ett sådant sätt att den innebär att planer ska tas fram för olika områden. Kontrollmomenten är inriktade på att kontrollera om det finns en utformning av styrning inom ett särskilt område. Kontrollerna omfattar inte huruvida denna styrning efterlevs i verksamheten. Kontrollerna omfattar heller inte något resultat i meningen om planerna som utformats lett till måluppfyllelse eller liknande. Planer som ska utformas handlar i vissa fall om att kontroller utformas som en del av planen, men det är inte resultatet av dessa kontroller som rapporteras med grund i internkontrollplanen. Vidare kan det noteras att det i stort sett inte heller i internkontrollplanen anges några kvalitetskrav som grund för utformningen av planerna. Kontrollerna är med andra ord inte inriktade på att kontrollera om planerna för ett visst område lever upp till kvalitetskrav som exempelvis om de ligger i linje med andra riktlinjer och rutiner eller om de följer en given modell eller liknande. Detta utöver att det i vissa fall framgår mer eller mindre direkt att planen som ska utformas i det specifika fallet ska omfatta vissa delar som mål, riskanalyser eller ansvarsbeskrivningar. Det är tydligt hur resultatet av kontrollerna värderats i den rapportering som görs i februari 2016. Kontrollernas utfall markeras med olika färger beroende på vilket resultat som kunnat identifieras. Vad en färgmarkering innebär mer specifikt klargörs dock inte mer utförligt.

[7] För att exemplifiera detta kan en kontroll ha utformats mycket generellt såsom ”att policyer följs”. Det kan potentiellt generera kontrollinformation som berör urvalet i denna granskning, exempelvis säkerhetsstrategin eller inköpspolicyn (då de är just policyer), men behöver inte göra det beroende på hur kontrollen utförs. Det kanske är andra policyer som väljs ut för att kontrollera detta. Vidare är inte heller syftet med kontrollen att specifikt kontrollera om man följer av säkerhetsstrategin eller inköpspolicyn. Syftet är bredare än så och handlar just om nämnd/styrelse följer policyer i allmänhet. För att dock vara säkra på att granskningen inte förbiser sådan information som en bred kontroll potentiellt kan medföra om exempelvis säkerhetsstrategin och inköpspolicyn specifikt har vi dock inkluderat detta i vår granskning. På så sätt utesluter vi inte någon möjlighet att styrelsen har tillgång till kontrollinformation som annars är lätt att förbise, även om det sker mer indirekt.

De kontroller som tydligast har en koppling till urvalet i denna granskning berör säkerhetsstrategin och kostnads-/budgetkontroll. Den skriftliga redovisningen till styrelsen som gäller säkerhet och som kan kopplas till säkerhetsstrategin handlar om att upprätta en kontroll- och revisionsplan. Det avser fördjupade granskningar och löpande kontroller avseende följsamhet till regionala/nationella styrdokument, lagstiftning/förordningar och fastställda rutiner, riktlinjer, processer avseende säkerhet inklusive förebyggande åtgärder. Status för åtgärden att upprätta kontroll- och revisionsplan beskrivs i återrapporteringen i februari 2016. Där framgår att ”VGR har beslutat allt säkerhetsarbete följer processen: Före – förebyggande och förberedande arbete, Under – hantering av den akuta situationen, Efter – återgång till normal verksamhet, uppföljning och utvärdering och syftet är hela tiden att det skyddsvärda ska få det skydd som är lämpligt. SU följer de regionala, nationella styrdokument som finns. SU arbetar ständigt med förebyggande säkerhetsåtgärder. Förutom revision av SITHS-kort (Säker IT i hälso och sjukvården) så finns ingen upprättad rutin för kontroll- och revisionsplan av övrig följsamhet”. Statusen är också markerad som grön. Det finns även ett kontrollmoment som gäller informationssäkerhet där aktiviteten är att upprätta en kontroll- och revisionsplan. Rapporteringen anger att en certifiering är genomförd och godkänd och att man väntar på certifikat. Status är grönmarkerad.

När det gäller kostnads-/budgetkontroll så ska en controllingplan avseende ekonomi/kostnader upprättas som avser löpande uppföljning och analys av indikatorer/nyckeltal avseende ekonomi (kostnader/intäkter; inköp). Detta syftar till att säkerställa en effektiv och ändamålsenlig användning av sjukhusets resurser. I statusbeskrivningen framkommer att plan för controlling av områdena finns. För 2016 är denna kompletterad med extra controlling av beslutade åtgärdsplaner. Status är markerad med grönt. När det gäller ekonomi och redovisning, där en kontroll- och revisionsplan ska upprättas, framkommer en redogörelse som har en koppling till inköp och representation: ”När det gäller inköp finns det planerade åtgärder för att bland annat följa upp avtalstrohet inom SU samt följa upp de ingångna avtal som finns med mera under 2016. Ytterligare intern kontrollåtgärder är under framtagande, exempelvis representation och investeringar”. De tre kontroller som uppges indirekt relatera till patientlagens tredje kapitel utgörs av att för det första upprätta utvecklingsplan avseende patientsäkerhet och kvalitet. För det andra att upprätta kontroll- och revisionsplan avseende patientsäkerhet och kvalitet. För det tredje upprätta controllingplan (uppföljning och analys) avseende patientsäkerhet och kvalitet. Det framgår att sådana planer tagits fram och status är markerad som grön. Slutligen finns även kontroller inom HR-området. En kontroll- och revisionsplan ska upprättas som omfattar kompetensförsörjningsprocesser. Det framgår av redovisningen att i HR-strategernas arbetsbeskrivning och uppdrag ingår att löpande bevaka sitt ansvars och kompetensområde avseende lagar/förordningar och övrig utveckling. Strategernas följsamhet granskas och revideras årligen som en del i utvecklingsarbetet. Status anges vara grön.

Kontrollerna som redovisas är främst inriktade på upprättandet av planer. Inte efterlevnad, kvalitet eller resultat avseende dessa planer. Även om det i redovisningen i något fall förekommer kommentarer som ger en viss ledning (om än övergripande) kring efterlevnad och resultat. Med grund i den skriftliga dokumentationen, kan styrelsen identifiera avvikelser inom de områden som internkontrollplanen omfattar. Det rör sig om att förvaltningen i så fall gör grundläggande och uppenbara fel i form av att förvaltningen missar att ta fram de grundläggande planeringsdokumenten. Kontrollinformationen ger i praktiken inte utrymme för att fatta beslut om styråtgärder till följd av att planerna eventuellt skulle vara undermåligt utformade ur något kvalitetshänseende. Eller att de inte efterlevs eller genomförs i förvaltningen. Eller att de mål som planerna ska bidra till (ofta i form av god kontroll genom just kontrollplaner) inom ett område faktiskt inte nås.

Kontrollområdena är mycket omfattande i dess utformning. Det framgår inte mer specifikt vilka delar som faktiskt ingår i ett kontrollområde. Kontroll- och revisionsplaner som upprättas inom ett kontrollområde ska enligt internkontrollplanen bygga på en riskanalys inom det specifika området (säkerhet, HR osv.). Riskanalysen görs av den funktion som upprättar en kontroll- och revisionsplan inom området och särskilda kontroller väljs ut och dokumenteras i en plan. Själva planen och denna riskanalys som ska göras samt tillhörande kontroller är dock inte något som redovisas till styrelsen. Det innebär att kontrollerna som genomförs i förvaltningen kan omfatta exempelvis säkerhetsstrategin inom området säkerhet, men behöver inte göra det.

I korthet innebär detta att kontrollinformationen i den redovisning som finns tillgänglig främst ger information till styrelsen som kan ligga till grund för att bedöma om kontroller *planeras* av förvaltningen. Detta inom ett antal mycket omfattande områden utan att någon inriktning på dessa kontroller inom området anges.

5.1.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

När det gäller internkontrollplanen för 2015 så görs en slutredovisning av planen. I redovisningen konstateras att ansvariga gått igenom sina kontrollmoment. Därefter lyfts endast områden fram där det kan antas att någon form av avvikelse eller utrymme för förbättring funnits. De olika kontrollmomenten redovisas inte för var sig. Varken avseende resultat eller hur olika kontroller genomförts. Det är inte heller i sig huvudsakligen avvikelser eller brister som redovisas. Utan istället åtgärder som ska vidtas. Med grund i den internkontrollplan som styrelsen fattade beslut om är det inte i samtliga fall självklart utifrån den skriftliga dokumentationen hur dessa föreslagna åtgärder ska kopplas till ett eller flera kontrollmoment. Även om det kan ha tydliggjorts i en muntlig redogörelse.

De kontroller som har en koppling till urvalet i denna granskning berör inköpspolicyn för 2015, representationspolicyn för 2015, budgetuppdraget kring kostnads-/budgetkontroll samt avseende kompetensförsörjningen för 2016. När det gäller inköpspolicyn förekommer ingen specifik redovisning i slutredovisningen av internkontrollplanen för 2015. Bara att detta liksom alla andra områden har gåtts igenom av ansvariga och att några styråtgärder uppenbarligen inte föreslagits. Det är främst i form av den redovisning som sker i årsredovisningen avseende leverantörstrohet som åtminstone delar av kontrollmomentet redovisas till styrelsen. När det gäller representationspolicyn förekommer inte heller någon specifik redovisning i slutredovisningen av internkontrollplanen för 2015. Redovisningen av kontroller kopplade till representationspolicyn ger endast vid handen att kontrollmomentet har gåtts igenom av ansvarig och att någon åtgärd inte föreslagits. Det kan konstateras att det inte finns någon information om vad som kontrollerats och hur det har gjorts. Själva uppföljningen har inte heller dokumenterats i förvaltningen. Det är oklart hur omfattande eller med vilken inriktning kontrollen genomförts. Därmed också specifikt på vilken grund resultatet av kontrollen framställs, utifrån den skriftliga rapportering som sker av kontrollmomentet.

Ingen specifik redovisning i slutredovisningen av internkontrollplanen för 2015 sker heller avseende kontrollområdena som avser ekonomi, varav flera anknyter till kostnads-/ budgetkontroll. Tydligast koppling finns avseende kontrollområdet verksamhet och ekonomi i balans med kontrollmomentet ”Sker uppföljning och planering av åtgärder på ett effektivt sätt?” som återfinns i kontrollplanen för 2016. Ytterligare två kontrollområden som återfinns i kontrollplanerna för både 2015 och 2016 är dels god ekonomisk hushållning med kontrollmomentet ”Bedrivs verksamheten kostnadseffektivt?”. Dels kontrollområdet kostnadsutvecklingstakten med kontrollmomentet ”Är kostnaderna ändamålsenliga?”. Inget av

detta rapporteras särskilt inom ramen för internkontrollplanen. Däremot kan det konstateras att information som berör kontrollområdet förekommer frekvent i styrelsens underlag under hela den granskade perioden. Verksamhet och ekonomi i balans är återkommande, även om det är oklart hur denna rapportering besvarar frågan om huruvida uppföljning och planering av åtgärder sker på ett *effektivt* sätt. Det är oklart om och i så fall hur denna effektivitet bedöms. Några sådana uttryckliga bedömningar som behandlar effektiviteten i uppföljning och planering av åtgärder framkommer inte i underlaget till styrelsen. Däremot är det uppenbart att det inom ramen för förvaltningens controlling sker en dialog kring kontrollmomentet. Det är dock oklart hur dessa planerings och uppföljningsaspekter ur ett effektivitetshänseende behandlas av styrelsen i den löpande rapporteringen.

Det som primärt sedan sent på våren 2016 rapporterats på styrelsemötena är bland annat bruttokostnadsutvecklingen för olika områden. Det kan vara en indikator på denna effektivitet, men anknyter också till kontrollområdena kostnadsutvecklingstakten samt god ekonomisk hushållning. Detta har redovisats tidigare i styrelsen, men sker nu mer regelbundet och specificerat som en del av en ny controllingprocess. Detta är också numera den huvudsakliga uppföljningen av styrelsens effektiviseringsplan. Det är dock sammantaget oklart utifrån internkontrollplanen och rapporteringen av denna hur de olika kontrollområdena skiljer sig åt från varandra mer specifikt och hur de i så fall tar sig uttryck i rapporteringen. För de två senare kontrollområdena finns uppenbart information i uppföljningen som berör dessa kontrollområden på generell nivå och i olika delar. När det gäller kontrollområdet verksamhet i balans är det oklart om vilken uppföljningsinformation som svarar mot denna kontroll.

En redovisning har också gjorts under 2016 avseende kompetensförsörjningen och kontrollmomentet ”Arbetar förvaltningen strategiskt med kompetensförsörjningen på kort och lång sikt?”. Det underlag som finns med i styrelsens handlingar utgör en uppföljning av kompetensförsörjningsplanen 2016. Uppföljningen följer den process som finns inom regionen. Det framgår utgångsläge och vilka insatser som pågår och är planerade. Vidare framgår vad som krävs ytterligare i form av insatser eller åtgärder för att nå balans. Kontrollområdets beskrivning av huruvida förvaltningen arbetar strategiskt med kompetensförsörjningen kan möjligen bedömas av styrelsen utifrån redogörelsen. Det är dock samtidigt svårt att se att det kan relateras till risken som beskrivs som ”att sjukhuset inte klarar att genomföra åtgärderna enligt kompetensförsörjningsplanen”. Det framgår inte av det skriftliga underlaget om det exempelvis finns några hinder som skulle göra att man inte arbetar strategiskt eller inte klarar av att genomföra åtgärderna. Det görs inte i det skriftliga underlaget någon särskild och explicit bedömning av detta. Det är oklart vilken och i så fall hur uppföljningsinformationen svarar mot denna kontroll.

I korthet innebär det att det finns en uppföljning inom de områden som internkontrollplanen pekar ut. Det är dock oklart hur informationen som tas fram och förmedlas till styrelsen besvarar de frågor som kontrollmomentet definierar på ett tydligt sätt. Det gäller framförallt ekonomiområdet och kompetensförsörjningen. Det gäller dock även övriga områden då redovisningen av internkontrollplanen inte ger någon information om detta annat än indirekt och generellt.

5.1.3 Styrelsen för folkhögskolorna

Det kan konstateras att i vissa fall har inte kontrollerna genomförts. Någon redovisning av kontrollerna till styrelsen har inte skett enligt anvisningarna för intern kontroll. Därför kan heller inte någon kvalitet uppnås i kontrollerna.

5.1.4 Regionutvecklingsnämnden

Det kan noteras att redovisningarna görs per kontrollområde. Beskrivningar görs av hur granskningen genomförts, vad som blev resultatet samt om fortsatta kontroller eller åtgärder bör vidtas. Redovisningen beskrivs också med en koppling till de risker som ursprungligen identifierats som grund för internkontrollplanen. I delårsrapport mars redovisades tre av nio kontrollområden i kontrollplanen till styrelsen. Det enda moment som explicit anknyter till urvalet i denna granskning och som har en tidplan för redovisning som faller inom den granskade perioden är representation. I redovisningen som sker i delårsrapport mars konstateras att granskningen har tagit utgångspunkt i en genomgång av representationspolicyn, riktlinjer för representation och rutin för representation. Kontroll har gjorts av tre stickprovsvisa utvalda representationsfakturor genom granskning av underlaget i ekonomisystemet. Genomgången uppvisar inga anmärkningar. Det konstateras att fortsatta stickprovskontroller bör göras.

5.2 Uppföljningens kvalitet

En beskrivning görs i detta avsnitt huruvida nämnd/styrelse har säkerställt att uppföljningsinformationen dels lever upp till de krav som ställs i särskilda beslut och anvisningar (och som framgår av bilaga 3). Utöver det görs också en beskrivning av huruvida det rimligtvis kan vara så att styrelsen har tillräcklig information för att fatta beslut om styråtgärder och ta ansvar för verksamheten.

5.2.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

När det gäller patientlagen konstaterades tidigare att en återföring av uppföljning fanns i årsredovisningen för 2015. Av den framgår att som en del av sjukhusets likabehandlingsplan 2013-2015 avseende jämställd och jämlik vård finns ett arbete med att ta fram ett standardiserat patientinformationsmaterial i Västra Götalandsregionen. Det är med andra ord samma typ av information som var dominerande när det gällde styrelsens kontrollinformation. Det vill säga att uppföljningsinformationen ger vid handen att det finns en plan och i detta fall även ett arbete som berör området. I övrigt kan det konstateras att det finns uppföljning och kommentarer i såväl delårs-/årsredovisning, inom ramen för patientsäkerhetsarbetet/kvalitetsarbetet och i särskilda redovisningar som alla berör enskilda aspekter på patientlagens krav på information. Exempelvis gäller det uppföljning av huruvida patienterna är nöjda med informationen vid akutbesök eller resultat av patientenkäter samt olika åtgärder som vidtagits för att utveckla patientinformationen. Sammantaget går det att få viss information för att bedöma efterlevnaden av lagen om denna kombineras och läggs samman från olika delar av rapporteringen och över tiden.

Det saknas rapportering när det gäller inköpspolicyn, representationspolicyn och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och därför kan ingen bedömning göras av styrelsen. Därmed kan inte heller styråtgärder utformas utifrån någon uppföljningsinformation som granskats här. När det gäller säkerhetsstrategin sker en redovisning i stort sett enligt anvisningarna. Beskrivningar av arbetet görs samt vilka risker som identifierats och åtgärder som vidtagits. Här finns mycket grundläggande förutsättningar för att bedöma arbetet utifrån strategin även om detta inte sker explicit.

När det gäller budgetuppdraget avseende kostnads-/budgetkontroll är detta en ständigt återkommande fråga på styrelsen och även åtgärdsplanen har hanterats. I års- och delårsrapporter beskrivs utvecklingen, analyser görs som anger orsaker och samband och jämförelser görs över tid och mot budget. Redovisningen sker därmed enligt anvisningarna och kan utgöra en grund för styrelsens bedömning om eventuella åtgärder. Detsamma gäller i stort arbetet med kompetensförsörjningen. I årsredovisningen sker rapportering av aktiviteter inom

ett flertal områden även om det inte är helt tydligt vilka resultat som uppnås. När det gäller vårdöverenskommelsen sker redogörelserna i enlighet med de överenskommelser som finns och frågan hanteras kontinuerligt med analyser och utvecklingen över tid.

5.2.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

När det gäller patientlagen förekommer i delårsrapporten för augusti 2015 och årsredovisningen 2015 exakt samma formulering: ”Vid varje informationsinsats som planeras tas ställning till målgruppsanpassning vad gäller t.ex. innehåll, tilltal, text, språk, bilder och utformning”. Av redovisningen framgår ett arbetssätt på sjukhuset. Samtidigt är det oklart hur detta ger en bild av resultatet eller utvecklingen inom området som skulle kunna ligga till grund för en bedömning av huruvida ytterligare åtgärder skulle behöva vidtas för att leva upp till lagens krav (eller som anvisningarna efterfrågar förbättras ur perspektivet jämlik vård). Det framgår inte heller om detta i sig är en förbättring jämfört med tidigare. Eller om det är ett arbetssätt som funnits under en längre tid eller i betydligt större utsträckning jämfört med tidigare. Utöver det sker viss redovisning som tangerar området i patientsäkerhetsberättelsen. Tidigare har resultat av patientenkäter redovisats i styrelsen. Sammantaget går det att få viss information för att bedöma efterlevnaden av lagen förutsatt att denna kombineras och läggs samman från olika delar av rapporteringen och över tiden.

När det gäller inköpspolicyn finns vissa jämförelser med tidigare år samt med sjukhusets beslutade målsättning för leverantörstrohet. En redovisning görs också exklusive ambulanshelikoptern och psykiatrin. I övrigt finns ingen direkt ansats till en analys som förklarar orsaken till att målet inte nås. Eller varför resultatet är sämre jämfört med föregående år. Med grund i informationen går det sammantaget att identifiera en avvikelse mot mål och försämring mot tidigare år. Dock inte vad som är orsaken till det. Det innebär att behovet av styråtgärder eventuellt kan identifieras. Dock inte mer utförligt vad eventuella styråtgärder skulle ha för inriktning. Ingen särskild redovisning avseende representationspolicyn sker utöver den som sker inom ramen för den interna kontrollen för 2015 och som beskrivits tidigare. För säkerhetsstrategin redovisas svaren på regionstyrelsens enkät och även delar i årsredovisningen. Det framkommer risker som behöver identifieras på regionövergripande nivå. Vidare kan det påföljande beslut som fattas också betraktas som ett sätt att hantera brister eller risker i det befintliga arbetet utifrån strategin. Det framkommer ingen mer utförlig analys i övrigt. Det torde dock vara tillräckligt utifrån de anvisningar som finns och kunna åtminstone i delar utgöra en grund för att fatta beslut om styråtgärder.

När det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter finns krav på redovisning utifrån tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Redovisningen ska ange vilka aktiviteter som gjorts för att öka delaktigheten av personer med funktionsnedsättning (utöver den fysiska tillgängligheten). I delårsrapporter för 2015 följer en i stort sett identisk rapportering om att ” Sjukhuset arbetar kontinuerligt med tillgänglig information för att öka delaktigheten för personer med funktionsnedsättning. Detta görs genom redaktionellt arbete på sjukhusets webbplats, samt genom att vid behov tillhandahålla informationsmaterial i anpassad form. Sjukhusets lokaler har nu även tillgänglighetsinventerats och finns med i den s.k. Tillgänglighetsdatabasen. På sjukhusets webbplats finns länkar till databasen, så att besökare i förväg kan bedöma tillgängligheten.”. Detta formuleras sedan om i årsredovisningen som att ”Sjukhuset har fortsatt att arbeta med tillgänglig information…” och därefter i övrigt i stort likadant som i delårsrapporterna. Liknande formuleringar går tillbaka till 2014. Rapporteringen lever sannolikt upp till anvisningarna för års- och delårsrapporterna. Den täcker flera aspekter i den dåvarande policyn för handikappfrågor. Däremot är det oklart, med tanke på att samma

relativt generella information upprepas, hur detta kan bidra till att utforma åtgärder inom området. Exempelvis då det inte framgår någon utveckling eller resultat över tiden.

När det gäller uppföljningen utifrån kostnads-/budgetkontroll och styrelsens effektiviseringsplan och åtgärdsplan för 2015 är uppnådda resultat ofta svåra att bedöma med grund i den redovisning som sker i års- och delårsrapporter samt övrig rapportering i styrelsen. Möjligheten till jämförelser mot budget (de facto effektiviseringsplanen) är svåra då det enbart i några fall framkommer vad som ska uppnås, exempelvis i monetära termer. Eftersom att det därmed är svårt att identifiera avvikelser är det också svårt att avgöra orsaker till avvikelser och utveckling över tiden. Det kan konstateras att uppföljning till stora delar sker. Det är dock oklart hur den ger goda förutsättningar för att bedöma brister/resultat med grund i uppföljningsinformationen när det gäller effektiviseringsplanen och åtgärdsplanen som helhet. När det gäller effektiviseringsplanen och åtgärdsplanen för 2016 sker skriftlig och systematiskt uppföljning först från och med slutet av maj. Tidigare under året sker det främst i muntliga kommentarer. Därefter blir redovisningen mer systematiserad och dokumenterad, vilket kan ge förutsättningar för att bedöma brister/resultat med grund i uppföljningsinformationen. Återrapportering sker i form av en månadsrapport som redovisar avvikelser från budget samt jämförelse med föregående år samt kostnadsutvecklingen. Varje verksamhet har motsvarande rapport. De uppkomna avvikelser som leder till att aktiviteter vidtas bildar tillsammans respektive verksamhets effektiviseringsplan. Sammanställning av verksamheternas effektiviseringsplaner har redovisats i styrelsen men kommer enligt uppgift att redovisas kontinuerligt.

Återrapporteringen när det gäller kompetensförsörjningen 2015 ger goda förutsättningar att utifrån rapporteringen bedöma brister/resultat med grund i uppföljningsinformationen. Detta eftersom att det finns både tydliga beskrivningar av uppnådda resultat, jämförelser, analys och åtgärdsbeskrivningar. 2016 har ingen genomgående rapportering skett i delårsrapport mars, vilket ligger i linje med anvisningarna (dock som tidigare framkommit inom ramen för den interna kontrollen). Däremot saknas en redovisning av styrelsens arbete med uppgiftsväxling enligt anvisningarna för delårsrapport mars och därmed saknas goda förutsättningar att utifrån rapporteringen bedöma brister/resultat med grund i uppföljningsinformationen utifrån de krav som finns för delårsrapport mars 2016. Redovisning finns dock i delår augusti i enlighet med anvisningarna. Slutligen kan det konstateras att sjukhuset följer upp och rapporterar till styrelsen enligt de anvisningar som gäller utifrån vårdöverenskommelsens uppföljningsplan.

5.2.3 Styrelsen för folkhögskolorna

När det gäller statsbidragsvillkoret kan det konstateras att det i styrelsens delårsrapporter och årsredovisning inte beskrivs någon utveckling och det görs inte heller någon analys, jämförelser över tid eller mot budget och några sådana direkta krav finns inte heller[8]. I årsredovisningen till Folkbildningsrådet redovisas hur man uppfyllt grundvillkoren. Styrelsen följer därmed folkbildningsrådets uppföljningsanvisningar. I flera fall hänvisas till vad som finns på respektive skolas webbplats. Därmed kan det vara svårt för styrelsen att utifrån informationen se om något av villkorens krav inte följts för samtliga skolor. Det finns vissa grundläggande förutsättningar för att bedöma brister/resultat.

När det gäller inköpspolicyn och representationspolicyn följs dessa inte upp i något sammanhang. Säkerhetsstrategin redovisas främst i form av att regionstyrelsens enkät

[8] Styrelsen för folkhögskolorna slogs samman från sex styrelser till en 2015, varför jämförelser mot tidigare år därför är begränsade.

behandlas. Rapporteringen är inte fullständig. Det gör det svårt för styrelsen att upptäcka brister/avvikelser. Det beskrivs dock en utveckling samt görs viss analys av vilka behov man ser. Det finns genom detta grundläggande förutsättningar för att bedöma eventuella brister/resultat. När det gäller redovisningen i årsredovisningen kan den rapporteringen knappast sägas leva upp till anvisningarna. När det gäller policy handikappfrågor/mänskliga rättigheter så beskrivs det framförallt i årsredovisningen 2015. En beskrivning görs av hur man arbetar. Ingenting beskrivs dock specifikt för 2015 utan beskrivningen är relativt generell. Man gör ingen analys, annat än att man under personalkapitlet beskriver att behovet av kompetens om olika funktionsnedsättningar kommer att öka. Det görs heller inga jämförelser. Sammantaget är det oklart hur informationen kan användas av styrelsen för att identifiera eventuella brister och agera utifrån dessa.

När det gäller kostnads-/budgetkontroll så följs inte anvisningarna i sin helhet. Det avser prognosens säkerhet, förväntade effekter och konsekvenser av eventuella åtgärder. Det faktum att en åtgärdsplan 2015 inte togs fram då ett budgetunderskott prognostiserades gjorde det självklart svårt för styrelsen att agera. Utvecklingen beskrivs visserligen i både delårsrapporten och årsredovisningen. I exempelvis årsredovisningen är dock samtliga avvikelser inte tydliggjorda utan beskrivs mycket generellt. För vissa specifika kostnadsområden beskrivs orsak och samband. Dock inte för samtliga kostnader som avviker. Jämförelser över tid och mot budget görs i tabellform, och för vissa områden även i textform. Det finns vissa grundläggande förutsättningar, om än begränsade, för att identifiera brister och agera utifrån dessa gällande 2016. När det gäller kompetensförsörjningen har anvisningarna följts. En beskrivning redovisas av utveckling och analys görs. Vissa jämförelser över tid görs samt jämförelser mot budget. Detta har också lett till att styrelsen fattat beslut om att äska pengar för kompetensförsörjning inom behovsområden.

När det gäller det uppdragsbaserade verksamhetsstödet kan det konstateras att baserat på uppföljning i redovisning av genomförandeplan till kulturnämnden så beskrivs endast utveckling för vissa av aktiviteterna till prioriteringarna, men inte samtliga. Man gör inga ytterligare analyser eller jämförelser. Redovisningen följer dock anvisningarna och ger utifrån det grundläggande förutsättningar för att identifiera avvikelser på det sätt som krävs.

5.2.4 Regionutvecklingsnämnden

Nämnden hanterar en stor mängd beslut under året inom det regionala utvecklingsområdet. Beslut föregås systematiskt av informationsärenden med bedömningsgrunder och förslag till beslut. Nämnden har frekvent information och fördjupad information om utvecklingen inom sina verksamhetsområden. Nämnden mottar systematiskt uppföljningar och utvärderingar på centrala verksamhetsområden. När det gäller lagen om regionalt utvecklingsansvar och förknippade regionala styrdokument för regional utveckling, samt bidrags och stödverksamheten så är dessa en del av den särskilda uppföljning och även i delar utvärdering som regionutvecklingsnämnden regelbundet genomför. Exempelvis för verksamhetsområden som näringslivets tillväxt/utveckling, transportinfrastruktur, verksamhetsbidrag, beställaruppdrag, projekt och företagsstöd samt delregionernas tillväxtmedel. Som beskrivs i nedan har nämnden dock i den interna kontrollen 2016 inom åtgärdsplan 2016 identifierat behov av förbättringsåtgärder.

Policyområdet mänskliga rättigheter är i hög grad integrerat i regionutvecklingsnämndens styrning och kontroll av bidrag och stöd. Uppföljning och återrapportering sker enligt en fastställd kvalitetsnivå (bl.a. utifrån regionala, nationella samt EU-krav). Dock har regionutvecklingsnämnden bedömt att förbättringsåtgärder är nödvändiga och detta arbete

pågår. Nämnden har en ekonomi i balans och den ekonomiska uppföljningsinformationen följer anvisningar. Uppföljningsinformationen ger förutsättningar för att identifiera resultat och vidta åtgärder, även om behovet varit begränsat. Här finns dock ett undantag. Det gäller beställaruppdraget till naturbruk där revisionen i en tidigare granskning pekat på brister i den ekonomiska styrningen (Dnr. Rev 66-2015, Styrning av Västra Götalandsregionens naturbruksuppdrag). Detta har dock hanterats av nämnden sedan dess. Vad gäller ekonomi i balans har (som tidigare redovisats) nämnden en modell för att planera, genomföra, avsluta och återrapportera och kontrollera verksamheten avseende olika typer av bidrag och stöd. Modellen tar vara på kostnad/nytta i planering, genomförande, avslut eller bedömning av förnyat bidrag/stöd. Inom nämndens interna kontrollarbete 2016, åtgärdsplan 2016 (upprättande och verkställande delegerat till regionutvecklingsdirektör) har behov av förbättringsåtgärder avseende styrning, uppföljning och kontroll identifierats inom projekthanteringsprocessen och i delar verksamhetsbidrag. Inköpspolicyns krav på redovisning av avtalstrohet samt inköp utan upphandling saknas. När det gäller kompetensförsörjningen så ligger som tidigare påpekat detta ansvar på regionstyrelsen.

5.3 Bedömning

Att en grundläggande kvalitetsnivå upprätthålls är en förutsättning för att nämnd/styrelses beslut om styråtgärder ska kunna vara ändamålsenliga. Det kan först noteras att det vad gäller flera delar av urvalet inte finns någon möjlighet att uppnå någon kvalitet i återföring av kontrollinformation och uppföljningsinformation. Som tidigare gäller det framförallt fullmäktiges policyer (se bedömning s. 19).

När det gäller samtliga kontroller som berör urvalet och som avser styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset kan det konstateras att det underlag som styrelsen tar del av har kvalitetsbrister. Dessa brister påverkar förutsättningarna för styrelsen att fatta beslut om ändamålsenliga styråtgärder. Kontrollinformationen kan primärt ligga till grund för att bedöma om kontroller planeras av förvaltningen. Detta inom ett antal mycket omfattande områden utan att någon inriktning på dessa kontroller inom området anges mer specifikt. Detta ger vid handen en mycket svag kontrollfunktion. Det finns inte förutsättningar för att identifiera avvikelser som handlar om kvalitet i planeringen, efterlevnaden av planer och resultatet av planerna och slutligen i nästa led utforma relevanta styråtgärder. Sammantaget finns här ett relevansproblem. Den information som genereras kan svårligen anses som relevant för den interna kontrollens grundsyfte annat än i mycket grundläggande bemärkelse. Bedömningen är därmed att styrelsen inte har säkerställt en tillräckligt god kvalitet på kontrollinformationen så att den kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.

Bedömningen är vidare när det gäller samtliga kontroller som berör urvalet och avser styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus att det är oklart hur informationen som tas fram och förmedlas till styrelsen besvarar de frågor som kontrollmomenten definierar. Det gäller framförallt ekonomiområdet och kompetensförsörjningen. Men det gäller också övriga områden utifrån kontrollplanen då rapporteringen är både indirekt och generell. Sammantaget finns här ett relevansproblem. Den information som tas fram när det gäller ekonomi och kompetensförsörjning är i flera fall inte tydligt relevant i förhållande till hur kontrollmomentet definierats. I övriga fall är rapporteringen så pass otydlig att samma problem uppstår. Det är svårt att se hur kontrollinformationen möter upp kontrollmomentet. Bedömningen är därmed att styrelsen inte har säkerställt en tillräckligt god kvalitet på kontrollinformationen så att den kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.

När det gäller styrelsen för folkhögskolorna kan någon kvalitet inte uppnås eftersom rapportering enligt anvisningar saknas. Bedömningen är därmed att styrelsen inte har säkerställt en tillräckligt god kvalitet på kontrollinformationen så att den kan ligga till grund för eventuella styråtgärder. När det gäller regionutvecklingsnämnden är bedömningen, när det gäller de få kontrollmoment som berör urvalet, att nämnden har säkerställt en tillräckligt god kvalitet på kontrollinformationen så att den kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.

När det gäller uppföljningsinformation kan det konstateras att rapporteringen sker som gäller patientlagen av båda sjukhusstyrelserna. Viss rapportering görs i båda fallen utifrån regionens anvisningar och även utöver det i exempelvis patientsäkerhetsberättelserna. Denna information sammantaget förutsätter dock att den läggs ihop från olika delar av rapporteringen och över tid, vilket får anses innebära vissa brister när det gäller tydlighet och begriplighet om informationen ska användas specifikt för att bedöma efterlevnaden av lagen.

Det finns också brister när det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter vad gäller Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus, styrelsen för folkhögskolorna och även regionutvecklingsnämnden. Vissa brister finns även avseende styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus samt styrelsen för folkhögskolorna avseende kostnads-/budgetkontroll. I samtliga fall har vi svårt att se hur informationen kan användas för att bedöma efterlevnad eller resultat över tiden på ett sätt som gör det möjligt att utforma ändamålsenliga styråtgärder. Bedömningen är i dessa fall att nämnd/styrelse inte har säkerställt en tillräckligt god kvalitet på uppföljningsinformationen så att den kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.

En sammantagen bedömning när det gäller kontroll- och uppföljningsinformation ser ut som följer av tabell 2 nedan. Vad gäller flera delar av urvalet finns inte någon möjlighet att uppnå någon kvalitet i återföring av kontrollinformation och uppföljningsinformation (utifrån kapitel 4) och dessa delar markeras med grått nedan i tabell 2.

Tabell 2. Bedömning om nämnd/styrelse har säkerställt att uppföljning/kontrollinformation har en tillräckligt god kvalitet

Kvalitetsbrister (x)	SU	Kungälv	FHS	RUN
Lag	(x)	(x)		
Inköp				
Representation				
Säkerhet				
Handikapp/MR		x	x	x
Kostnadskontroll		x	x	
Kompetensförsörjning				
Överenskommelse/ Beställning				

Bedömningen är i dessa fall att nämnd/styrelse inte har säkerställt en tillräckligt god kvalitet på varken uppföljningsinformation eller kontrollinformation så att den sammantaget kan ligga till grund för eventuella styråtgärder. Det gäller i synnerhet fullmäktiges antagna policyer och i viss mån lagstiftning och kostnads-/budgetkontroll.

6. Vidtas åtgärder?

Styråtgärder kan vara nödvändiga i samband med att risker uppmärksammas när riskanalyser genomförs, men också som en följd av de kontroller som genomförs. De krav som följer av riktlinjer och rutiner för intern kontroll är att de ska dokumenteras i en åtgärdsplan. Det ska vidare där anges vad som ska göras, vem som är ansvarig samt upprättas en tidplan för arbetet. Även regionstyrelsens anvisningar för delårsrapporterna anger att vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat. De åtgärder man tänker genomföra ska beskrivas samt tidsplanen för dessa. I detta avsnitt görs en beskrivning av huruvida nämnd/styrelse har (vid behov) fattat beslut om styråtgärder eller vidtagit andra nödvändiga åtgärder baserat på uppföljningsinformation och kontroller.

6.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

Det kan konstateras att de redovisningar som gjorts utifrån internkontrollplanen inte har föranlett några styråtgärder. Det finns helt enkelt inte särskilt många exempel på avvikelser och inte några exempel alls på avvikelser som berör urvalet i denna granskning där ansvariga har missat att ta fram planer inom de aktuella områdena. När det gäller styråtgärder som sker vid befarade eller konstaterade större avvikelser/obalanser som framkommer i övrig redovisning så har ett gediget åtgärdsprogram för en ekonomi i balans tagits fram som styrelsen beslutat och fått presenterat för sig vid varje sammanträde. Styrelsen har också efterfrågat en utredning av vad som skulle krävas för en ekonomi i balans det enskilda året.

6.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

Det kan noteras att åtgärder redovisas inom ett antal områden i slutredovisningen av internkontrollplanen för 2015. Det följer ingen närmare beskrivning av vem som är ansvarig eller tidplan. Det framgår inte heller någon form för återrapportering av åtgärderna till styrelsen. Ingen av dessa åtgärder berör urvalet i denna granskning. I övrigt framkommer vid intervjuer att sjukhuset och styrelsen inte gör några åtgärdsplaner som explicit utgör en handlingsplan för styråtgärder kopplat till den interna kontrollen. Däremot görs handlingsplaner vid identifierade avvikelser mot mål eller liknande inom ramen för det specifika verksamhetsområdet. Ett exempel är när man sett behov i arbetet med kompetensförsörjningsplanen. Inom ramen för det arbetet har då åtgärdsplaner upprättats. Åtgärdsplaner i flera olika varianter och omgångar har tagits fram gällande ekonomi i balans. De har vid flertalet tillfällen hanterats i form av beslut eller informationsärenden i styrelsen. Detta berör kontrollområden i internkontrollplanen, men sker inte explicit inom ramen för den interna kontrollen. Både när det gäller kostnads-/budgetkontroll och kompetensförsörjningsplanen så tas med andra ord åtgärdsplaner fram utifrån den ordinarie uppföljningen. När det gäller ekonomin har dock inte styrelsen avseende 2016 följt fullmäktiges krav på åtgärdsplaner som varit direkt riktade till styrelsen i särskilda beslut. Det finns också åtgärder framtagna avseende tillgängligheten inom akutverksamheten och som har anknytning till vårdöverenskommelsen. I övrigt finns det inte med grund i styrelsens underlag och beslut några direkta åtgärdsplaner med fastställd tidplan vid befarade eller konstaterade avvikelser/obalanser, som berör urvalet i denna granskning.

6.3 Styrelsen för folkhögskolorna

Inga explicita styråtgärder utifrån den interna kontrollen har vidtagits av styrelsen. Styrelsen har dock fattat beslut inom ett par av de granskade områdena. Vad gäller kompetensförsörjningen skulle rapporteringen i delår ha kunnat bidra till att styrelsen för folkhögskolorna äskade medel för kompetensförsörjning. Man har dock inte gjort någon åtgärdsplan eller slagit fast en tidplan. Inom funktionshinderområdet har man också tagit fram

en gemensam riktlinje kring funktionshinder. Det är dock ett villkor för att erhålla statsbidrag och inte en följd av arbetet med internkontrollplanen. Då avvikelse avseende en ekonomi i balans befarades i delårsrapport augusti 2015 beslutade styrelsen explicit om att förvaltningschefen skulle se över strukturella förändringar för att skapa förutsättningar för en budget i balans 2016 (men dock inte 2015). I själva delårsrapporten beskrevs också att förvaltningen skulle se över de rörliga kostnaderna för att minimera inköp samt se över vikarieanskaffning för att minimera sådana kostnader. Detta framkommer dock inte i någon åtgärdsplan och man satte heller inte upp någon tidplan. I övrigt finns det inte med grund i styrelsens underlag och beslut några direkta åtgärdsplaner med fastställd tidplan vid befarade eller konstaterade avvikelser/obalanser.

6.4 Regionutvecklingsnämnden

I redovisningen av den interna kontrollen 2015 anges att utvecklings/förbättringsområden överförs till 2016 års arbete med intern kontroll. Regionutvecklingsdirektören har av nämnden fått i uppdrag att besluta om åtgärdsplan 2016 utifrån nämndens beslut om internkontrollplan 2016, beslutet innebär även att kvarstående ej hanterade delar av åtgärdsplan 2015 utifrån nämndens beslut om internkontrollplan 2015 ska inkluderas. Vid återrapportering av 2016 års interna kontroll i delårsrapport mars anges att åtgärder pågår. Exempelvis förbättringar av projekthanteringsprocessen, där ingår åtgärder såsom utvecklingsarbete angående systemstöd för de olika stödformer som nämnden har. Utveckling av rutiner och systematiskt säkerställa tillämpningen av rutiner till exempel förteckning över stödberättigade kostnader för rekvisitionshantering av projekt, framtagande och gemensam tillämpning av protokoll för dialogmöten angående verksamhetsbidrag, samt hur dokumentation i beredningsprocessen kan vidareutvecklas. Vid granskningens intervjuer anges att arbetet med åtgärdsplan 2015 fortsatt pågår under 2016. Åtgärdsplan 2016 har dock inte (under denna granskning till oktober) återredovisats till nämnden, men vid en uppföljande intervju under hösten anges att arbetet beskrivet ovan fortsatt pågår inom förvaltningen och att åtgärdsförslag gällande exempelvis projekthanteringsprocessen hanteras under hösten inom ledningsgruppen för regional utveckling[9].

Vidare har nämnden i övrigt som ett led i uppföljning utifrån budget eller särskilda beslut fattat beslut om särskilda åtgärder. Det gäller exempelvis kostnads-/budgetkontroll och frågor som anknyter till lag om regionalt utvecklingsansvar och beställaruppdraget. Exempelvis beredningsrutiner (checklista) avseende landsbygdsperspektivet i tillväxtarbetet[10] samt hantering av underskott inom beställaruppdraget till utföraren styrelsen för naturbruksgymnasierna[11]. Det gäller också exempelvis nämndens uppdrag till regionutvecklingsdirektör att se över delgeringsordningen och säkerställa att aktuell delegeringsordning följs i linjeorganisationen. Detta på ett sådant sätt att följsamhet till riktlinjerna för direktupphandling säkras samt att stärka den interna kontrollen av att riktlinjerna för direktupphandling följs[12].

[9] Ledningsgrupp regional utveckling, minnesanteckningar och underlag 2016-12-15
[10] RUN 2016-01595
[11] RUN 652-0860-15
[12] RUN 2016-01878

6.5 Bedömning

Med undantag för regionutvecklingsnämnden saknas i stort sett helt styråtgärder utifrån nämndernas och styrelsernas interna kontroll. Det har saknats förutsättningar för att vid behov vidta styråtgärder i dessa fall. När det gäller regionutvecklingsnämnden som till skillnad från övriga haft sådana förutsättningar bör hanteringen kring dessa styråtgärder tydliggöras. När det gäller styråtgärder utifrån nämndernas och styrelsernas uppföljning kan det konstateras att sådana främst återfinns inom områdena kostnads-/budgetkontroll samt kompetensförsörjning. Tydligast avsaknad av förutsättningar för att fatta beslut om styråtgärder finns när det gäller fullmäktiges policyer och i viss mån lagstiftning.

Den sammantagna bedömningen är att styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus, styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset och styrelsen för folkhögskolorna i stort sett helt saknat förutsättningar för att vid behov fatta beslut om styråtgärder utifrån den interna kontrollen. I övrigt gäller samma sak för samtliga granskade nämnder/styrelser avseende övrig uppföljning utifrån fullmäktiges policyer (med undantag för säkerhetsstrategin) och i viss mån avseende sjukhusstyrelserna när det gäller patientlagen.

I dessa fall har nämnderna och styrelserna inte vid behov fattat beslut om styråtgärder med grund i varken uppföljningsinformation eller kontrollinformation. Information saknas överhuvudtaget eller saknar en tillräckligt god kvalitet.

7. Har regionstyrelsen uppsikt?

Syftet med avsnittet är att beskriva om regionstyrelsen via sin uppsiktsplikt säkerställt att nämnd/styrelse har säkerställt att styrsystemet efterlevs i verksamheten. Regionstyrelsens uppsiktsplikt omfattar all verksamhet där regionen har ett intresse. Den omfattar nämnder och styrelser, bolag och stiftelser, samordningsförbund och kommunalförbund. Den omfattar till viss del även de privata utförare som utför offentligt finansierade välfärdstjänster. Uppdraget är brett och ställer krav på utvecklad medvetenhet kring den styrmiljö som påverkar nämnder och styrelser hos ansvariga förtroendevalda i regionstyrelsen. Uppsikten förutsätter att regionstyrelsen erhåller löpande information och fakta inom strategiska områden från förvaltningen. Informationen ska vara systematisk och erhållas i sådan form så att den ger förutsättningar för styrelsen att agera vid svårigheter antingen i relation till berörda nämnder/styrelser eller i relation till regionfullmäktige.

Av riktlinjerna för intern kontroll framgår att regionstyrelsen har det övergripande ansvaret att skapa en organisation för den interna kontrollen i organisationen. Regionstyrelsen har också ansvaret att förvissa sig om att nämndernas/styrelsernas interna kontroll är god. Regionstyrelsen ska med utgångspunkt från nämndernas/styrelsernas rapportering utvärdera regionens samlade system för intern kontroll. Av rutinen för intern kontroll framgår att nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll följs upp löpande genom ordinarie controllingmöten (koncernkontorets möte med respektive förvaltningsledning kring verksamhet, ekonomi, personal med mera). Koncernkontoret gör en genomgång av nämndernas/styrelsernas internkontrollplaner varje år samt revisionsrapporter med avseende på intern kontroll/styrning och ledning. En samlad redovisning och förslag redovisas till regionstyrelsen. Regionstyrelsen ska följa upp att nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll är tillräckligt. De kriterier som kommer att användas av regionstyrelsen vid uppföljningen av nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll kommer att tas fram och redovisas. Utöver den interna kontrollen har koncernkontoret i uppdrag av regionstyrelsen att utarbeta anvisningar för verksamheternas rapportering till fullmäktige och regionstyrelsen. Av de av regionstyrelsen fastställda riktlinjerna för hur arbetet med intern kontroll ska bedrivas framgår att ”nämnderna har ansvaret för att inom sitt verksamhetsområde följa regionövergripande regelverk”. Det framgår även att varje nämnd/styrelse ska göra en genomgång av kontrollmiljön. Bland annat de lagar och författningar som styr verksamheten, reglemente, mål, detaljbudget, beskrivningar av hur förvaltningen ser ut och väsentliga faktorer i övrigt. Av detta följer att regionstyrelsen ska ha uppsikt över att så sker.[13]

Regionstyrelsen har 2015-06-16 fastställt rutiner, aktiviteter och arbetssätt för hur dess uppsikt ska utövas. Regionfullmäktige har 2015-09-22 beslutat att regionstyrelsen uppsikt av styrande dokument ska ske i delårsrapport och i årsredovisningen. Besluten gäller för mandatperioden.[14]

Koncernkontoret gjorde en sammanställning av nämndernas och styrelsernas internkontrollplaner 2016 vid årets början. Koncernkontorets bedömning av planerna redovisades till regionstyrelsen. Fokus låg på genomförande processen och följsamhet mot fastställda riktlinjer. Bedömningen ligger till grund för fortsatta utvecklingsinsatser under 2016 och för återkoppling till förvaltningarna i samband med controllingmöten samt via förvaltningarnas kontaktpersoner i internkontrollfrågor. Regionstyrelsen har fattat beslut om att ta fram en policy för intern styrning och kontroll.

[13] RS plan för intern kontroll 2015 diarienummer RS 1255-2015

[14] Beslut i RS 2015-06-16 diarienummer RS1914-2013, samt i RF 2015-09-22 diarienummer 12-2015

För att undersöka granskningens frågeställningar har ett urval gjorts som huvudsakligen fokuserar på områden där vi utifrån den första delstudien kunde se risker och brister. Ett urval har därför gjorts avseende lagstiftning, nämligen patientlagen och statsbidragsvillkoret om att styrelsen för folkhögskolorna ska ha en tydlig ordning för hantering av studeranderättsliga frågor. Vidare har ett antal policyer särskilt granskats såsom representationspolicyn och säkerhetsstrategin. Dessa beskrivs var för sig med avseende på frågeställningen.

7.1 Patientlagen

Tredje kapitlet i patientlagen berör den information som patient har rätt att erhålla om sitt hälsotillstånd, men även vilka metoder för undersökning, vård och behandling som finns som alternativ. Även information om vilka risker som är förknippade med olika val, metoder för att förebygga sjukdom och skada ska ges till patienten enligt lagen. Patienten ska erhålla information om olika alternativ och medicinska bedömningar, vårdgarantins innebörd med mera. Regionstyrelsen är ansvarig vårdgivare och har ett ansvar att tillse att regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet tillser att patientlagens tredje kapitel tillämpas i mötet mellan patienten och vårdpersonalen.

För att säkerställa att vården fungerar i enlighet med lagar, förordningar och riktlinjer har regionstyrelsen fastställt ett ledningssystem för hälso- och sjukvården.[15] Ett arbete pågår med att komplettera och utveckla ledningssystemet i linje med det koncerngemensamma ledningssystemet. Det koncerngemensamma ledningssystemet ska vara på plats i juni 2017. Syftet är att tillskapa ett sammanhållet ledningssystem som knyter samman regionens olika verksamheter. Regionens övergripande utvecklingsarbete kring intern styrning och kontroll utgör en viktig komponent i arbetet. Ledningssystemet ska vara kopplat till förvaltningarnas egna ledningssystem vilket torde underlätta för regionstyrelsen att följa de nämnder/styrelser som har ett ansvar för hälso- och sjukvården och hur de utövar sitt ansvar. Av de riktlinjer för ledningssystem inom hälso- och sjukvården som regionstyrelsen beslutat om framgår vilket ansvar respektive nämnd/styrelse har för att hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med de lagar, förordningar och riktlinjer som gäller för verksamheten. Av ledningssystemet framgår tydligt regionstyrelsen samordnade ansvar, men även dess uppsiktsplikt över övriga nämnder och styrelser. I samband med att regionstyrelsen diskuterat sin internkontrollplan och genomfört sin riskanalys har frågan om strategisk information kring hälso- och sjukvårdens resultat och utveckling diskuterats. Regionstyrelsen har i samband med sin utvärdering av internkontrollplanens kontrollmoment beslutat att gå igenom vilken information den behöver för att fullgöra sitt ansvar som vårdgivare. Detta arbete pågår.

Idag följer regionstyrelsen att patientlagen följs genom att en rad parametrar redovisas styrelsen i samband med dess möten. Exempel på detta är redovisning av tillgängligheten som följs löpande i verksamheten och återrapporteras till koncernkontoret. Den nationella patientenkäten ger svar på hur patienten upplever såväl delaktighet som information vid sina besök i vården. Patienten får i enkäten svara på frågor om bland annat om patientens egen kunskap och erfarenhet togs till vara, alternativa metoder och vårdgivare, egenansvar för sin hälsa med mera. Resultatet redovisas regionstyrelsen en gång om året.[16] Som komplement till den nationella patientenkäten genomför regionen egna patientenkäter. I dessa ställs likartade frågor som i den nationella enkäten kring upplevelsen av delaktighet och information i mötet med vården.

[15] 2016-02-09 § 40, dnr RS 2755-2014

[16] Av kvalitetssäkringen av avsnittet framgår att det inte är helt klart att samtliga enkätsvar redovisas regionstyrelsen.

Resultatet redovisas en gång per år till regionstyrelsen. Regionen har vidare ett avvikelsehanteringssystem som syftar till att fånga upp brister och avvikelser i vården. Där ska även avvikelser i relation till patientlagens tredje kapitel registreras. Avvikelser rapporteras regionstyrelsen i samband med att patientsäkerhetsberättelsen redovisas.

I delårsrapporten rapporterar Hälso- och sjukvårdsstyrelsen hur arbetet med olika uppdrag i vården framskrider. Exempel på detta är utvecklingen av det personcentrerade arbetssättet i vården. Exempel är också arbetet med läkemedelslistor vid utskrivning samt läkemedelsberättelser. Koncernkontoret följer upp samtliga nämnder och styrelser avseende arbetet med att utveckla den interna kontrollen. Man tar del av både riskanalyser och internkontrollplaner. Utöver detta träffar även ägarutskottet under året samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvården i dialogmöten. Vid dessa möten finns det möjlighet att ta upp frågor kring patientens delaktighet i vården.

Uppsikten över att vårdöverenskommelserna följs och då särskilt kravet på vård i rätt tid sker via hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Den skickar redovisning vidare till regionstyrelsen efter beredning. Det framkommer vid intervjuer att hälso- och sjukvårdsstyrelsen upplevs som mer informerade än vad regionstyrelsen är avseende hälso- och sjukvårdsfrågor, särskilt med avseende på patientlagen. Det torde vara rimligt då de har ett starkare fokus i sitt uppdrag på dessa frågor. Regionöverläkaren har ett särskilt ansvar att följa och bevaka att patientlagen tillämpas i vården. Hon rapporterar löpande utvecklingen inom vården till regionstyrelsen. Controllinggruppen tar löpande fram rapporter utifrån genomförd kontroll. I kvartalen och i kvalitetsrapporten från controllingen kan regionstyrelsen ta del av mätningar och statistik avseende en rad diagnoser och indikatorer som mäts. Bland annat följer controllingen patientsäkerhetsarbetet. En samlad uppföljning av verksamheten återfinns också i Verksamhetsanalysen.[17]

Av den information som erhållits bland annat genom intervjuer framgår att det finns en splittrad bild av huruvida regionstyrelsen har den uppsikt över verksamhetens som krävs avseende kraven i patientlagens tredje kapitel. Underlagen som granskats här är inte tydliga i vilken information som har bäring på patientens delaktighet i sin egen vård och informationskvalitet ur lagens perspektiv. Förvaltningen har dock en relativt god bild av vårdens utveckling. En löpande informationsinsamling görs, avvikelser rapporteras och en patientsäkerhetsberättelse per styrelse upprättas årligen och skickas till regionstyrelsen. En del av svårigheten ligger i att det finns oklarheter kring ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen avseende vem som har att ta ansvar för vad inom vården. Det gör att en del frågor som är regionstyrelsens ansvar först hamnar på hälso- och sjukvårdsstyrelsens bord. Det gör även att en del frågor hanteras på mer individuell nivå av enskilda förtroendevalda, vilket kan skapa osäkerhet i förvaltningen.

Mycket av styrning och uppföljning av lagföljsamhet sker ute i verksamheten och i sjukhusförvaltningarna. Regionstyrelsens roll kan mer beskrivas som en passiv mottagare av information. Ansvaret för att uppsikten fungerar ligger på tjänstemän och rutinerna för informationsöverföring till styrelsen är inte alltid tydlig. Dock pågår ett arbete med att definiera och dokumentera vilken information regionstyrelsen behöver få sig tillhanda för att kunna utöva sitt vårdgivaransvar.

[17] http://analys.vgregion.se/2016/

I linjen finns det en rad nätverk och grupper i organisationen med ett ansvar att följa olika vårdfrågor. I dessa nätverk och grupper lyfts frågor kring vårdens kvalitet, avvikelser och patientens delaktighet. Bedömningen från dem vi intervjuat på koncernkontoret är att verksamheten har en god kunskap kring patientlagen, men att det är mer tveksamt vilka kunskaper de förtroendevalda har. Förståelsen för att regionstyrelsen är vårdgivare i lagens mening är också svag hos de förtroendevalda enligt vad som framkommit vid vår intervjuer. Även detta förutsätts tjänstemän och verksamhet i första hand ansvara för och hantera. I regionstyrelsen diskuteras i första hand ekonomiska över- och underskott och i mindre grad hälso- och sjukvårdens resultat ur ett patientperspektiv.

Koncernstab Hälso- och sjukvård inom koncernkontoret gör mycket av uppföljning och kontroll och det görs både för hälso- och sjukvårdsstyrelsen och för regionstyrelsen. Det gör att det ibland kan uppstå oklarheter kring vem som faktiskt fått vilken information. Den bedömning som förvaltningen gör är att för att få ett effektivt sammanhållet informationsflöde avseende hälso- och sjukvårdens utveckling ur fler perspektiv än ekonomiskt krävs ytterligare samordning av den information som finns tillgänglig.

7.2 En tydlig ordning för hantering av studeranderättsliga frågor

Regionstyrelsen uppsikt över folkhögskolestyrelsen är svag. Grunden är att om koncernkontoret får signaler om att verksamheten ur någon aspekt inte skulle fungera, till exempel ur ett studenträttsligt perspektiv, så erhåller controllinggruppen ett uppdrag att ta med sig frågan ut till verksamheten och följa upp den i samband med controllingmöte. Sedan rapporteras resultatet till regionstyrelsen i controllingrapporten. Visar det sig att bristerna är systematiska rapporteras det vidare till regionfullmäktige i samband med delårsbokslut eller årsbokslut.

7.3 Representationspolicy

Representationspolicyn är en regionövergripande policy som regionstyrelsen har ett särskilt ansvar för att säkerställa att den efterlevs av övriga nämnder och styrelser. För att säkerställa att det finns en god kunskap om policyn ute i verksamheterna har regionstyrelsen tagit fram ett kommunikationspaket. Syftet är att underlätta implementeringen av policyn. För att underlätta uppföljning och uppsikt över att bland annat representationspolicyn följs finns det en central expertgrupp som ska utgöra ett stöd och en resurs för förvaltningarna om det uppstår tolknings- eller tillämpningsfrågor. Gruppens medlemmar är tillsatta utifrån sakkunskap och med syfte att kunna fånga in olika frågeställningar som kan uppstå. Gruppen träffas vid ett visst antal tillfällen under året. Då görs avstämningar av riktlinjer, rutiner och informationsstrategier. Sakinnehåll och eventuella beloppsgränser prövas under hösten för att kunna revideras i beslut och sedan informeras om i tid inför årsskiftet.

Ekonomiservice (en verksamhet inom Regionservice) har att utföra kontrollmoment på fakturor som avser hotell och restaurang. Kontroll ska göras av förekomsten av alkohol, att det finns deltagarförteckning och syfte med mera. Vid oklarheter görs kontroll mot berörd förvaltning av fakturans riktighet. Under hösten 2016 kommer enligt uppgift en avvikelserapport sammanställas avseende representation och rapporteras till regionstyrelsen. Vid behov kommer beslut om åtgärder att fattas av regionstyrelsen. Koncernkontoret har noterat att en rad nämnder och styrelser i sina riskanalyser och internkontrollplaner tagit upp risker kring representation.

7.4 Säkerhetsstrategin

Enheten för säkerhet och beredskap har under regionstyrelsen förvaltningsansvaret för säkerhetsarbetet i regionen. Avdelningens ansvar är dels att utveckla ägarstyrningen av

regionens säkerhetsarbete. Dels att stötta förvaltningarna i deras arbete med att implementera ledningssystem för säkerhetsarbetet.

Det finns en utvecklad struktur för hur arbetet ska gå till. Utifrån policyn finns ett utvecklat ramverk och riktlinjer för säkerhetsarbetet. Inom ramverket finns tydligt identifierade ansvarsnivåer för nämnder och styrelser samt för regionfullmäktige. Säkerhetschefen ska återrapportera löpande till regionstyrelsen, vilken också utgör krisledningsnämnd.

Årligen skickar säkerhetsavdelningen ut en enkät till samtliga nämnder/styrelser i syfte att kartlägga hur säkerhetsarbetet bedrivs i relation till säkerhetsstrategin. Så sker även för 2016.

7.5 Bedömning

Bedömningen när det gäller uppsikten avseende patientlagen är att det finns ett underlag för att identifiera eventuella brister i hälso- och sjukvården. Inom området finns både nationell och regional statistik och information som ger en grund för regionstyrelsens uppsikt. Tveksamheterna inträder avseende vilken information regionstyrelsen får samt hur den används av styrelsen i sin uppsikt. Intrycket är att det i första hand är förvaltningen som har kontroll. Underlag för att värdera avvikelser i vården ställt till patientlagens tredje kapitel finns tillgänglig. Dock finns en osäkerhet i informationen då dess trovärdighet baseras på att verksamheterna systematiskt och korrekt registrerar avvikelser i avvikelsehanteringssystemet. Enligt reglementet är patientsäkerhetsfrågorna ett ansvar för hälso- och sjukvårdsstyrelsen och inte för regionstyrelsen. Det kan finnas en risk för att information fastnar i hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Tillgänglighet och graden av måluppfyllelse avseende vårdgaranti etcetera rapporteras till regionfullmäktige i samband med delårsbokslut och årsbokslut. I övrigt sker mycket lite informationsöverföring mellan de politiska nivåerna. Enligt uppgift är det, liksom vid del ett i vår granskning, genom partigrupperna informationsöverföring sker.

När det gäller styrelsen för folkhögskolorna och kravet på hantering av studenträttsliga frågor är bedömningen att regionstyrelsen har en svag uppsikt över folkhögskolestyrelsen. Det finns en stor risk för att regionstyrelsen inte i tid uppmärksammar att det finns svårigheter i verksamheten avseende att tillgodose studenternas juridiska rättigheter. Uppsikten baseras på avvikelser och inte på löpande information. Underlagen utgörs av controllingrapporter. Under förutsättning att controllinggruppen erhållit ett uppdrag att särskilt titta på studenträttsliga frågor torde underlaget de tar fram vara tillräckligt. Inget har framkommit som tyder på att regionstyrelsen vidtagit särskilda åtgärder utifrån sin uppsikt avseende folkhögskolestyrelsen. Enligt vad som framkommit vid intervjuer har inte regionstyrelsen fullt ut förstått den nya organisationen avseende folkhögskolorna och att det nu är *en* styrelse som ansvarar för samtliga regionens folkhögskolor.

När det gäller representationspolicyn har regionstyrelsen säkerställt ett tillräckligt underlag för att identifiera eventuella brister avseende följsamhet mot regionens representationspolicy. Regionstyrelsen har säkerställt ett tillräckligt underlag för att kunna värdera om dess styråtgärder är tillräckliga för att hantera identifierade avvikelser. Regionstyrelsen har ansvar för att fastställda policys och riktlinjer följs. Det finns inget direkt och omedelbart krav på att detta ska rapporteras till regionfullmäktige utan ska ske vid väsentliga och/eller allvarliga avvikelser och brister i relation till en specifik policy. Avseende representationspolicyn har det inte funnits anledning att återkoppla till fullmäktige utifrån bristande följsamhet mot policyn.

För säkerhetsstrategin gäller att det finns en tydlig och strukturerad dokumentation kring hur säkerhetsarbetet ska bedrivas i regionen. Om det är ändamålsenligt och träffar rätt utifrån de

eventuella hotbilder som finns mot regionen är mer oklart. Säkerhetsarbetet är ett svårt område att ha uppsikt över då det handlar mycket om ett vardagsarbete ute i verksamheterna. Styrelsen har inrättat en säkerhetsavdelning med ett särskilt uppdrag kring implementering av policy och riktlinjer. Under förutsättning att avdelningen fungerar, har förtroende i verksamheterna och skapar legitimitet för sitt uppdrag bör detta vara fullgott för att regionstyrelsen ska kunna utöva sin uppsikt över säkerhetsarbetet i regionen. Även controllinggruppen bör kunna spela en roll i uppföljning av säkerhetsarbetet i regionen. Dock är det oklart i dagsläget om så sker. Regionstyrelsen utgör krisnämnd och har i den rollen ett särskilt ansvar och uppdrag att återkoppla allvarliga händelser så som dataintrång etc. till regionfullmäktige.

8. Rapporterar regionstyrelsen till fullmäktige?

Syftet med avsnittet är att beskriva om regionstyrelsen vid behov har återfört information till regionfullmäktige kring eventuella avvikelser med mera. Regionstyrelsens beredande funktion i relation till fullmäktige framkommer av kommunallagen. När det gäller eventuella insatser i relation till nämnder/styrelser är uppsiktsplikten i princip begränsad till rätten att göra påpekanden, lämna råd och anvisningar samt om det är nödvändigt se till att fullmäktige ingriper.

8.1 Återföring av information

Tillgänglighet och graden av måluppfyllelse avseende vårdgaranti etcetera rapporteras till regionfullmäktige i samband med delårsbokslut och årsbokslut. I övrigt sker mycket lite informationsöverföring mellan de politiska nivåerna, som berör patientlagen. Enligt uppgifter som framkommer vid intervjuer, liksom noterades i den första delstudien i denna granskning, är det genom partigrupperna informationsöverföring sker. Inget har framkommit som tyder på att regionstyrelsen vidtagit särskilda åtgärder utifrån sin uppsikt avseende folkhögskolestyrelsen. Som tidigare noterats har det i intervjuer framkommit att regionstyrelsen inte fullt ut har förstått den nya organisationen avseende folkhögskolorna.

Regionstyrelsen har ansvar för att fastställda policys och riktlinjer följs. Det finns inget direkt och omedelbart krav på att detta ska rapporteras till regionfullmäktige utan ska ske vid väsentliga och/eller allvarliga avvikelser och brister i relation till en specifik policy. Avseende representationspolicyn har det inte funnits anledning att återkoppla till fullmäktige utifrån bristande följsamhet mot policyn. Regionstyrelsen utgör vidare krisnämnd och har i den rollen ett särskilt ansvar och uppdrag att återkoppla allvarliga händelser så som dataintrång etc. till regionfullmäktige. Det har också skett i samband med de incidenter som regionen identifierat.

8.2 Bedömning

Regionstyrelsen och regionfullmäktige har inte utvecklade rutiner för hur informationsöverföring ska ske mellan de två politiska nivåerna. Detta innebär att det finns en stor risk för att väsentliga brister i verksamheterna och i tillämpning av lagar, policys och riktlinjer inte kommer till regionfullmäktiges kännedom i rätt tid.

Regionstyrelsens uppsikt över de lagar och policys som vi lyft i denna del av granskningen förefaller vara bristfällig och mer ad hoc än systematisk. Det framkommer även i intervjuer att mycket sker på koncernkontoret utan att det återförs till regionstyrelsen, samt att det även råder oklarheter kring ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen kring centrala ansvarsområden avseende styrning och uppföljning. Att enskilda politiker dessutom tar egna initiativ i framför allt hälso- och sjukvårdspolitiska frågor underlättar varken regionstyrelsen uppsikt och styrning eller koncernkontorets arbete.

En väsentlig fråga är i vilken grad regionstyrelsen kan förväntas ha uppsikt över samtliga delar i samtliga verksamheter. Regionen bedriver en mångfasetterad och komplex verksamhet där det i många delar krävs stor detaljkunskap för att identifiera brister och avvikelser. Det bör framgå av regionstyrelsens risk- och väsentlighetsanalys ur uppsiktsperspektivet vad den bedömer som mest väsentligt att ha egen uppsikt över och vilka delar den överlämnar till tjänstemän att bevaka å styrelsens vägnar med krav på rapportering vid avvikelser.

9. Sammanfattande bedömning

För att nämnden/styrelsen ska kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med nämndens/styrelsens styrsystem bör ett antal förutsättningar föreligga med grund i kommunallagen, reglementen och riktlinjer/rutiner för intern kontroll i Västra Götalandsregionen. Dessa förutsättningar handlar om organisation och processer, återföring av kontroll- och uppföljningsinformation, kvalitet på denna information samt utformning av styråtgärder. Dessa olika delar hänger samman och är beroende av varandra. I denna granskning kan det konstateras att det finns problem med dessa förutsättningar. Problemen är i vissa fall knutna till enskilda nämnder/styrelser, men det finns också problem som är gemensamma för flertalet granskade nämnder/styrelser.

9.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset

Det kan konstateras att när uppföljning och kontroller granskas sammantaget så har styrelsen inte säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller inköpspolicyn, representationspolicyn och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och i viss mån även när det gäller patientlagen. Det följer först och främst av att organisation och processer för den interna kontrollen, huvudsakligen beskrivna i den nuvarande internkontrollplanen, varit utformade på ett sätt som inte ger förutsättningar för kontrollinformation med en tillräckligt god kvalitet. Kvaliteten har inte varit tillräcklig för att denna information vid behov skulle kunna ha legat till grund för styråtgärder. Vilket i sin tur kan ligga till grund för att styrsystemet efterlevs och att styrelsen därmed i dessa avseenden skulle kunnat ta ansvar för verksamheten.

9.2 Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus

Det kan när uppföljning och kontroller granskas sammantaget konstateras att styrelsen inte har säkerställt att styrsystemet efterlevs. Det gäller kostnads-/budgetkontroll och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter, samt i viss mån representationspolicyn, inköpspolicyn och patientlagen. Det följer huvudsakligen av att den kontrollinformation som rapporteras är oklar när det gäller att svara mot kontrollernas utformning. Det i sin tur kan bero på att kontrollerna brister i sin utformning (och inte är realistiska) eller är otydliga, men kan också bero på andra faktorer när informationen redovisas. Bristerna i kontrollinformationen kombineras med att det även finns vissa kvalitetsbrister i uppföljningsinformationen.

9.3 Styrelsen för Folkhögskolorna

När uppföljning och kontroller granskas sammantaget kan det konstateras att styrelsen inte har säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller inköpspolicyn, representationspolicyn, policy för handikappfrågor och delvis uppdraget avseende kostnads-/budgetkontroll. Det beror huvudsakligen på att den organisation och de processer som styrelsen beslutat inte följs och genomförs samt att det finns brister både i återföring och kvalitet i kontroll- och uppföljningsinformation. Det finns vissa indikationer på att utformningen av internkontrollplanen inte uppfattats som realistisk att genomföra i sin helhet vilket delvis kan utgöra en förklaring till detta.

9.4 Regionutvecklingsnämnden

När det gäller regionutvecklingsnämnden och när uppföljning och kontroller granskas sammantaget kan det konstateras att nämnden inte har säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och inköpspolicyn. Det beror huvudsakligen på att uppföljningsinformation saknas i vissa fall. Internkontrollplanen innehåller några tämligen övergripande kontrollområden där bedömningen är att kontrollernas

relevans och genomförbarhet skulle stärkas av att det tydliggörs mer specifikt hur dessa ska hanteras och genomföras rent praktiskt.

9.5 Samlad bedömning inklusive regionstyrelsens uppsikt

Generellt gäller därmed att det är avseende fullmäktiges policyer de mest väsentliga bristerna finns samt även i viss mån lagstiftning. Det följer samma mönster som i delstudie 1 av denna granskning. När det gäller policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter så kan det noteras att uppföljningskrav finns i årsredovisningen för 2016 och att det därmed kan komma att följas upp i samband med detta. I detta sammanhang kan det också noteras att vi ser problem med att anvisningar och vägledningar utifrån denna policy har saknats. Det finns inte något direkt stöd i hur uppföljningen ska utformas och samordnas för nämnderna och styrelserna. I grunden är detta nämndens eller styrelsens ansvar oavsett detta. Vi bedömer att arbetet kan utvecklas, vilket faller på regionstyrelsens ansvar. Det noteras att ett förslag till handlingsplan som kompletterar policyn har varit på remiss under året. Det kan också i detta sammanhang noteras att vi i granskningens inledningsskede valde att inte gå vidare med att granska policy för hälsa och arbetsmiljö då vi bedömer att det saknas tillräckliga anvisningar från regionstyrelsen för hur denna policy ska hanteras samlat av nämnder/styrelser. Det står helt enkelt inte klart om policyn ska följas upp i någon särskild ordning.

Vidare kan det noteras brister när det gäller lagstiftning och då avseende patientlagen. Det finns uppföljning, men denna är relativt fragmentarisk. När det gäller kostnads-/budgetkontroll kan det konstateras att det finns brister samtidigt som det bör noteras att kraven på uppföljning och kontroll är väsentligt mycket högre än inom andra områden.

Vi kan vidare inte se att regionstyrelsens utövande av sin uppsiktsplikt kompenserar för detta. Vi noterar att tillgången till uppföljningsinformation och kontrollinformation i flera fall finns om än i olika utsträckning och med olika kvalitet. Samtidigt ser vi som det grundläggande problemet att processerna för återföring och samordning av information mellan koncernkontoret, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, regionstyrelsen och vidare vid behov till fullmäktige brister. Vad som ska återrapporteras och hur det ska ske till den politiska nivån och mellan politiska nivåer måste utvecklas för att regionstyrelsen ska anses ha utövat sin uppsiktsplikt över nämnder/styrelse i tillräcklig utsträckning och återfört sådan uppföljningsinformation till regionfullmäktige.

Vi bedömer därför att de granskade nämnderna/styrelserna har väsentliga brister när det gäller att leva upp till de krav som följer av kommunallagen 6:7 och reglementena samt avseende regionstyrelsens uppsiktsplikt kommunallagen 6:1.

Vi vill utöver det särskilt uppmärksamma ett grundläggande problem som framstår som tydligt på en mer övergripande nivå utifrån granskningen av de enskilda nämnderna och styrelserna. Samtliga nämnder och styrelsers reglementen anger två huvudsakliga uppgifter när det gäller uppföljning. För det första ska nämnd/styrelse följa upp sin verksamhet och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta ansvar för sin verksamhet. För det andra ska nämnd/styrelse följa upp och rapportera utifrån de krav som både regionstyrelsen och staten framställer. Detta är inte samma sak. Att styrelsen lever upp till uppföljningskraven från fullmäktige och staten är inte samma sak som att nämnd/styrelse har tillräckligt med information för att ta ansvar för sin verksamhet. Regionstyrelsen och staten ger anvisningar som förmodligen är utformade utifrån en behovsanalys och prioritering utifrån att de själva eller deras uppdragsgivare ska kunna ta ansvar för sin verksamhet. Den enskilda nämnden/styrelsen har ett annat uppdrag som på ett sätt är mer avgränsat men också mer djupgående inom detta

ansvarsområde. Uppföljning som endast följer regionstyrelsens och statens ansvar torde inte kunna täcka ett sådant behov eftersom att denna uppföljning av naturliga skäl spänner över ett mer omfattande ansvarsområde och därför i sin karaktär prioriterar färre saker att följa upp samt befinner sig på en mer aggregerad och övergripande nivå.

Vi ser en betydande utvecklingspotential när det gäller nämndernas och styrelsernas arbete med en tydligare analys av vilket behov som finns av uppföljningsinformation för att säkerställa informationsbehovet och ansvarstagandet utifrån nämndens/styrelsens uppdrag. Det innebär inte med nödvändighet att nämnderna och styrelserna måste följa upp och återrapportera mer kvantitativt sett, även om det sannolikt är nödvändigt i vissa specifika fall. Snarare handlar det om att just göra en *behovsanalys* utifrån nämndens/styrelsens styrning och uppdrag och även en utvecklad *risk- och väsentlighetsanalys* som grund för den internkontroll som utvecklas. Med grund i sådana förbättrade analyser finns utrymme för hårdare prioriteringar kring vilken information som ska tas fram och återrapporteras där relevans, tydlighet och begriplighet har förutsättningar för att utvecklas genom att behovet och riskerna preciseras och annat kan prioriteras bort. Här finns också en utvecklingspotential när det gäller hur den ordinarie uppföljningsinformationen som planeras och genomförs utifrån nämndens/styrelsens styrning relaterar till den kontrollinformation som tas fram inom ramen för internkontrollplanerna. Vi ser ofta överlappningar där relativt ordinär uppföljningsinformation också återkommer i kontrollinformationen (ekonomi), vilket är svårt att se som nödvändigt. Vi ser också exempel på där viktiga områden (representation och inköp) inte förekommer varken som ordinär uppföljningsinformation eller inom ramen för den interna kontrollen.

Sammantaget är vår bedömning därmed att det finns en betydande utvecklingspotential när det gäller nämndernas och styrelsernas *organisation och processer* för att säkerställa återföring av uppföljningsinformation och kontroller och i förlängningen kvaliteten på denna information som i sin tur kan skapa bättre förutsättningar för ansvarstagande.

9.6. Rekommendationer

Vår övergripande rekommendation avseende samtliga nämnder och styrelser är att tydligare och mer systematiskt kartlägga och beskriva behov av uppföljningsinformation och kontrollinformation. Dels utifrån de krav som följer från regionstyrelsen och staten, men i synnerhet utveckla detta när det gäller nämndens/styrelsens *egna behov* utifrån sitt eget ansvarstagande. Det förutsätter ett utvecklat arbete både i samband med att exempelvis detaljbudgetar och internkontrollplaner tas fram och uppföljnings och kontrollinformation därmed planeras och beslutas. Grunden för det är ett utvecklat arbete med bland annat beskrivningar av styrmiljön och risk- och väsentlighetsanalyser. Det förutsätter också en utvecklad och tydlig tanke om hur den interna kontrollen förhåller sig till och kompletterar den ordinarie uppföljningen via exempelvis års- och delårsrapporter. Detta för att undvika att information genereras inom den interna kontrollen som ändå tas fram i den ordinarie uppföljningen. Eller att viktig information uteblir helt till följd av att varken den ordinarie uppföljningen eller den interna kontrollen täcker ett givet område. Det förutsätter också en utökad aktivitet av nämnden/styrelsen. Att nämnden/styrelsen under det löpande budgetåret mer aktivt tillser att den uppföljnings och kontrollinformation som planerats och beslutats också genomförs och återrapporteras. Att den är tydlig och relevant i relation till nämndens/styrelsens ansvarstagande.

För respektive nämnd/styrelse rekommenderar vi utöver det att:

- Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset i enlighet med pågående arbete inför 2017 utvecklar organisation och processer för den interna kontrollen. I det ingår att genomföra en risk- och väsentlighetsanalys. Det ingår också att ta fram en internkontrollplan som säkerställer att styrelsen har tillgång till kontrollinformation som är användbar för att bedöma om avvikelser uppstår och som är ändamålsenlig för att vid behov fatta beslut om styråtgärder. Styrelsen bör också särskilt säkerställa att fullmäktiges policyer inom viktiga områden som inköp (där styrelsen tidigare avgett svar på en granskning) och representation omfattas av uppföljning och/eller kontroller.
- Styrelsen för Kungälvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus utvecklar rapporteringen utifrån den interna kontrollen genom att tydliggöra kontrollmomenten och vilken information som ska tas fram utifrån dessa. Detta i syfte att säkerställa relevansen och användbarheten av den kontrollinformation som tas fram så att den kan ligga till grund för eventuella kontrollåtgärder. Styrelsen bör också tydliggöra hur och när uppföljning ska ske utifrån internkontrollplanen. Slutligen bör styrelsen (i linje med den pågående utvecklingen av rapporteringen under 2016) stärka uppföljning och kontroll kring området en ekonomi i balans.
- Styrelsen för folkhögskolorna säkerställer att beslut kring organisation och processer för den interna kontrollen som helhet efterlevs och att rapportering sker så att det framgår att styrelsen överhuvudtaget utövar någon intern kontroll. Vidare bör styrelsen säkerställa att den övriga uppföljningsinformationen som rapporteras följer uppsatta krav och har sådan kvalitet att den ger förutsättningar för att fatta beslut om styråtgärder vid behov.
- Regionutvecklingsnämnden stärker sin uppföljning/kontroll (i linje med nämndens svar på tidigare granskning) kring framförallt inköpspolicyn. Nämnden bör i sitt fortsatta utvecklingsarbete av risk- och väsentlighetsanalys samt internkontrollplanen även överväga att tydliggöra mer specifikt hur övergripande kontrollområden ska hanteras och genomföras rent praktiskt. Detta i syfte att säkerställa genomförandet av kontroller och stärka förutsättningarna för att den kontrollinformation som tas fram kan ligga till grund för eventuella styråtgärder.
- Regionstyrelsen tillser att formera för rapporteringen av den interna kontrollen samordnas, systematiseras och tydliggörs mellan dels fullmäktige och regionstyrelsen, men också mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen.
- Regionstyrelsen bör i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys bedöma vad styrelsen ser som mest väsentligt att ha direkt uppsikt över samt vad den kan överlämna till tjänstemän att bevaka å styrelsens vägnar. Det senare med krav på rapportering till styrelsen vid avvikelser.
- Regionstyrelsen tillser att nämnders och styrelsers uppföljning och rapportering säkerställer att regionfullmäktiges policyer efterlevs och att regionfullmäktige får information om eventuella brister och åtgärder som vidtas för att komma tillrätta med dessa.
- Regionstyrelsen i samband med översyn av policy för hälsa och arbetsmiljö tillser att det finns tydliga anvisningar kring hur policyns efterlevnad ska följas och kontrolleras.

Bilaga 1 – Preciserade revisionskriterier

1. Har nämnd/styrelse säkerställt att nämndens/styrelsens styrsystem efterlevs i verksamheten?

A. Har nämnd/styrelse säkerställt förutsättningar för återföring av uppföljningsinformation och kontroller till nämnden/styrelsen genom att upprätta en ändamålsenlig organisation och tillhörande processer?

Revisionskriterium: Kommunallagen 6:7 anger inte vilka instrument som nämnder/styrelser kan behöva för att fullgöra sina interna kontrollfunktioner. Kommunallagens kommentarer anger dock vägledande exempel som omfattar både *organisation* och *processer* för att fullgöra dessa uppgifter. Detta kan ske genom att vissa anställda får till uppgift att biträda nämnden med den interna kontrollen, eller genom att olika förtroendevalda i nämnden utses som kontaktpersoner för olika institutioner som nämnden ansvarar för. Också olika system för intern avrapportering till nämnderna från personalen kan tillskapas. Av regionens riktlinjer framgår också att det i nämndernas/styrelsernas ansvar ingår att upprätta en organisation samt att anta regler och anvisningar för den interna kontrollen. Här finns vidare ett ansvar för förvaltningschef som ansvarar för att lokala regler och anvisningar upprättas, samt att löpande rapportera till nämnd/styrelse hur arbetet med den interna kontrollen fungerar. Det kan också ligga i sakens natur att nämnd/styrelse kan behöva egna kompetensutvecklings-/utbildningsinsatser för klargöra det uppdrag som följer utifrån reglemente och kommunallag. Det kan exempelvis behövas för att värdera den uppföljningsinformation och kontroller som tas fram, inte minst avseende att denna är tillräcklig och relevant (se vidare fråga C, nedan).

B. Har nämnd/styrelse säkerställt att uppföljningsinformation och kontroller återförs till nämnden/styrelsen?

Revisionskriterium: Av samtliga nämnder/styrelsers reglemente framgår att nämnd/styrelse ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och *säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten*. Av regionens riktlinjer för intern kontroll framgår vidare att uppföljning ska göras *löpande* och *rapporteras till nämnd/styrelse* senast *i samband med bokslutsarbetet*. Att nämnd/styrelse ska fastställa och följa upp årlig plan för intern kontroll framkommer också av nämnd/styrelses reglemente. Vidare ska det framgå, enligt riktlinjen för intern kontroll, av kontrollplanen *när* respektive granskning ska redovisas till nämnden. Av rutin för intern kontroll framkommer vidare att nämnd/styrelse också ska förvissa sig om uppdrag genomförs och återrapporteras.

För uppföljningen utifrån budgetprocessen gäller att *två delårsrapporter* begärs in från nämnder och styrelser (mars och augusti). Syftet med rapporterna är att ge regionfullmäktige och regionstyrelsen löpande information som underlag för politiska beslut. Det är koncernkontoret som har i uppdrag av regionstyrelsen att utarbeta anvisningar för verksamheternas rapportering till regionfullmäktige och regionstyrelsen. Till detta kommer särskilda redovisningar utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt, liksom att en samlad resultatbedömning för helåret ska göras senast i juni.

Vissa uppföljningskrav är att döma av tidigare granskning (Delstudie 1) inte kopplad till varken uppföljningen via budgetprocessen eller den interna kontrollen, vilka beskrivs ovan. *Särskilda*

uppföljningskrav har dock beslutats exempelvis i överenskommelser/uppdrag, i särskilda fullmäktigebeslut eller föreskrifter och gäller specifikt för ett särskilt område. I vissa fall framgår också krav på inte bara uppföljning utan också just återrapportering av denna till nämnd/styrelse.

Det torde slutligen vidare följa av formuleringen i nämndens eller styrelsens reglemente att ett uppföljningsansvar med påföljande återrapportering till nämnd/styrelse föreligger oavsett om särskilda krav ställs kopplat till budgetprocessen, internkontrollarbetet eller i särskild ordning. Uppföljning ska ske på ett sådant sätt att nämnd/styrelse kan *ta ansvar för verksamheten* oavsett om uppföljningskrav och återrapporteringskrav föreligger eller inte.

C. Har nämnd/styrelse säkerställt att uppföljningsinformation och kontroller har en tillräckligt god kvalitet så att de kan ligga till grund för eventuella styråtgärder?

Revisionskriterium: Av samtliga nämnder/styrelsers reglemente framgår att nämnd/styrelse ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får *tillräcklig information* för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Vad tillräcklig innebär definieras inte, men torde i grunden innebära att den tjänar sitt syfte och är ändamålsenlig. Vissa grundläggande krav på begriplighet och fullständighet (i meningen tillräckligt omfattande) torde kunna ställas i relation till vad uppföljningsinformationen ska användas till i det specifika fallet. Eftersom att styrelsens uppdrag är att inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten så bör informationen rimligtvis vara tillräcklig, när detta är tekniskt möjligt, för att bedöma just om verksamheten bedrivs i enlighet med mål och riktlinjer.

Regionstyrelsens anvisningar för delårsrapporterna ställer sammantaget krav dels på *vad* som ska rapporteras, att det ska innehålla *analys* enligt vissa grundkriterier, samt att *prognoser* ska inkluderas. Rapporterna ska innehålla redovisning av verksamhetens utveckling, personalutveckling samt ekonomiskt resultat för perioden och en helårsprognos. Vidare ska de innehålla analys och kommentarer som är väsentliga för att beskriva utvecklingen inom respektive verksamhet. Analysarbetet bör inriktas mot att arbeta med orsaker och samband. Jämförelser och analyser ska i lämpliga delar ske med både budget, föregående år och i vissa fall över längre tidsperioder.

Riktlinjer för intern kontroll anger att ”uppföljning görs *löpande inom de risk- och kontrollområden som beslutats av respektive nämnd/styrelse* samt *de gemensamma områden* som beslutats för Västra götalandsregionen som helhet. Varken riktlinjen eller rutinen ställer några direkta ytterligare krav på uppföljningsinformationens kvalitet annat än att den ska vara tillräcklig. Det torde anknyta till den interna kontrollens syfte, enligt riktlinjen, att säkerställa att målen med verksamheten kan nås och att detta sker på ett effektivt sätt samt att regler och riktlinjer följs och att rapportering och information i och om organisationen är tillräcklig samt att risker i verksamheten fångas upp och hanteras eller förebyggs.

Sammantaget innebär det att det mest grundläggande kvalitetskravet är att uppföljningsinformationen ska vara tillräcklig, vilket torde bero på vad informationen ska användas till och kunna innefatta dels specifika krav utifrån riktlinjer och anvisningar men också generella grundläggande krav på uppföljning såsom relevans, tillförlitlighet, begriplighet med mera.

D. Har nämnd/styrelse vid behov fattat beslut om styråtgärder eller vidtagit andra nödvändiga åtgärder baserat på uppföljningsinformation och kontroller?

Revisionskriterium: Styråtgärder kan vara nödvändiga dels i samband med att risker uppmärksammas i samband med riskanalys, men också till följd av de kontroller som sedan genomförs. De krav som följer av riktlinjer och rutiner för intern kontroll är att de ska *dokumenteras i en åtgärdsplan* där det anges *vad* som ska göras, *vem* som är ansvarig och en *tidplan* för arbetet. Även regionstyrelsens anvisningar för delårsrapporterna anger att vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat och *beskriva de åtgärder man tänker genomföra* samt *tidsplanen* för dessa.

2. Har regionstyrelsen via sin uppsiktsplikt säkerställt att nämnd/styrelse har säkerställt att styrsystemet efterlevs i verksamheten?
3. Har regionstyrelsen återfört sådan uppföljningsinformation till regionfullmäktige?

Revisionskriterium: Regionstyrelsen måste, utifrån kommunallagen 6:1 utöva sin kontrollfunktion i någon omfattning även om man inte fått någon konkret anledning till granskning. Regionstyrelsen bestämmer formerna för hur tillsynen ska gå till. Av riktlinjerna för intern kontroll framgår att regionstyrelsen har det övergripande ansvaret att skapa en organisation för den interna kontrollen i organisationen. Regionstyrelsen har också ansvaret att förvissa sig om att nämndernas/styrelsernas interna kontroll är god. Regionstyrelsen ska med utgångspunkt från nämndernas/styrelsernas rapportering utvärdera regionens samlade system för intern kontroll. Av rutin för intern kontroll framgår att nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll följs upp löpande genom ordinarie controllingmöten (koncernkontorets möte med respektive förvaltningsledning kring verksamhet, ekonomi, personal med mera). Koncernkontoret gör en genomgång av nämndernas/styrelsernas internkontrollplaner varje år samt revisionsrapporter med avseende på intern kontroll/styrning och ledning. En samlad redovisning och förslag redovisas till regionstyrelsen. Regionstyrelsen ska följa upp att nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll är tillräckligt. De kriterier som kommer att användas av regionstyrelsen vid uppföljningen av nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll kommer att tas fram och redovisas. Utöver den interna kontrollen har koncernkontoret i uppdrag av regionstyrelsen att utarbeta anvisningar för verksamheternas rapportering till fullmäktige och regionstyrelsen. Regionstyrelsens beredande funktion i relation till fullmäktige framkommer av kommunallagen. När det gäller eventuella insatser i relation till nämnder/styrelser är uppsiktsplikten i princip begränsad till rätten att göra påpekanden, lämna råd och anvisningar samt om det är nödvändigt se till att fullmäktige ingriper.

Bilaga 2 – Urval av styrdokument

Nämnd/Styrelse	Lagstiftning/policy/överenskommelse/uppdrag
Styrelsen för KS och FSS Styrelsen för SU RS (uppsiktsplikt)	Patientlag (2014:821), avser tredje kapitlet
Styrelsen för FHS RS (Uppsiktsplikt)	Statsbidragsvillkor: Folkhögskolan ska ha en tydlig ordning för hantering av studeranderättsliga frågor
RUN RS (uppsiktsplikt)	Lag (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar i vissa län
Styrelsen för KS och FSS Styrelsen för SU Styrelsen för FHS RUN RS (uppsiktsplikt)	Policy: • Inköpspolicy (samordnas med annan granskning) • Representationspolicy • Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2013-2016 • Policy för handikappfrågor (Ersätts av Policy för Västra Götalands-regionens arbete**)**
RUN RS (uppsiktsplikt)	Policy: • Regional plan för transportinfrastruktur i Västra Götaland 2010-2021
Styrelsen för FHS Styrelsen för KS och FSS Styrelsen för SU RUN RS (uppsiktsplikt)	Budget: • Uppdrag: Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomi i balans **(**Ersätts med ”Alla verksamheter ska ha god budget-kontroll och leva upp till en ansvarsfull hushållning med de regionbidrag som regionfullmäktige anvisar”**)** • Mål: Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga Kompetensförsörjningen **(**Ersätts med ”Västra Götalandsregionen ska kunna rekrytera rätt kompetens och erbjuda en god arbetsmiljö för medarbetarna” i urval**)**
Styrelsen för KS och FSS/ Styrelsen för SU RS (uppsiktsplikt)	Vårdöverenskommelse: • Vård i rätt tid/Stärka patientens ställning (i urval)
Styrelsen för FHS RS (uppsiktsplikt)	Uppdragsbaserat verksamhetsstöd: • Folkhögskolorna är en väl utvecklad resurs för att sprida folkbildning i hela Västra Götaland och spegla mångfalden i samhället

Bilaga 3 - Krav på uppföljning avseende policyer och budgetmål/uppdrag

Inköps-policy	Varje nämnd/styrelse skall i samband med årsbokslut redovisa uppnådd avtalstrohet mot tecknade koncernövergripande avtal. Inköp utan upphandling ska också redovisas.
Represen-tations-policy	Varje nämnd/styrelse ska säkra att policy och riktlinjer, liksom rutiner för representation, följs i den egna organisationen. Tillämpningen följs upp genom intern kontroll.
Strategi för säkerhets-arbetet	Enligt strategin är nämnd/styrelse ansvarig för att Förvaltningschef/VD löpande redovisar till nämnd/styrelse verksamhetens säkerhetsarbete, antalet oönskade händelser/avvikelser och dess kostnader. Nämnd/styrelse ska också uppdra till förvaltningschef att avsätta resurser för att genomföra uppgifter enligt strategin och återrapportera vidtagna åtgärder till nämnd/styrelse regelbundet varje år. Vidare ska styrelsen årligen rapportera verksamhetens säkerhetsarbete, säkerhetsläge, genomförda risk- och sårbarhetsanalyser och krishanteringsförmåga till regionstyrelsen En redovisning skulle också enligt regionstyrelsens anvisningar ske i årsredovisningen 2015. Denna redovisning ska grunda sig på en webbenkät som skickas till förvaltnings- och bolagschefer. Anvisningarna anger att det som ska redovisas är verksamhetens säkerhetsarbete samt uppföljning av aktiviteter i handlingsplan för det egna säkerhetsarbetet
Policy för handikapp-frågor/ Policy för MR	Policy för handikappfrågor angav att varje nämnd/verksamhet har ett ansvar för att följa upp sin verksamhet/beställningar ur ett handikapperspektiv. Policyn för MR anger att arbetet med mänskliga rättigheter följs upp systematiskt. Redovisning skulle också ske i årsredovisningen för 2015 som anknyter relativt tydligt till policyn. För hälso- och sjukvården gällde redovisningen vilka aktiviteter som gjorts för att öka delaktigheten av personer med funktionsnedsättning (utöver arbetet med att förbättra den fysiska tillgängligheten, som rapporteras via TD – en Tillgänglighetsdatabas). För övriga gällde avseende funktionsnedsättning att det skulle anges vilka aktiviteter som planerades för att öka delaktigheten och användbarheten vid sidan av den fysiska tillgängligheten, vilken rapporterades via TD - en tillgänglighetsdatabas. Det skulle också anges dels vilka krav som ställts avseende användbarhet och tillgänglighet i förvaltningens upphandling under året och dels i hur många av det totala antalet upphandlingar dessa krav hade ställts (budget 2014-2016).
Budget-uppdrag: Kostnads-kontroll/ Budget-kontroll	**2016:** Inriktningen är att stor tonvikt läggs vid den grundläggande uppföljningen av verksamhet, personal och ekonomi. Rapporterna ska innehålla analys och kommentarer som är väsentliga för att beskriva utvecklingen inom respektive verksamhet. Analysarbetet bör inriktas mot att arbeta med orsaker och samband. Vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat och beskriva de åtgärder man tänker genomföra samt tidsplanen för dessa. Jämförelser och analyser ska i lämpliga delar ske både med budget, föregående år och i vissa fall över längre tidsperioder. Helårsprognos ska anges i delårsrapport mars och i delårsrapport augusti och säkerheten i prognosen motiveras. Vid ekonomisk obalans gäller för samtliga verksamheter gäller att vid bedömning av underskott i helårsprognosen ska åtgärdsplaner för att nå ekonomisk balans tas fram. Åtgärdsplanen ska innehålla förväntade effekter under innevarande och kommande år, samt konsekvenser och resultat av planerade åtgärder. Vidare finns krav på att redovisa följsamhet till beslutade åtgärdsplaner i delårsrapport mars, delårsrapport augusti och årsredovisning. Redogörelsen ska omfatta hur arbetet med åtgärdsplanerna fortlöper. Vidare ska anges om åtgärder följer tidsplan och förväntat resultat. Vid avvikelser från plan redovisas vidtagna åtgärder. När det gäller ekonomisk obalans

	som för närvarande inte omfattas av beslutad åtgärdsplan så rapporteras det i delårsrapport mars, delårsrapport augusti och årsredovisning. Redovisningen ska omfatta orsaker till den ekonomiska obalansen samt när åtgärdsplan beräknas vara beslutad. **2015:** För delårsrapporterna 2015 är kraven i stort sett desamma som för 2016. Dock är kraven avseende åtgärder vid ekonomisk obalans formulerade som att åtgärder för att nå ekonomisk balans ska beskrivas. Förväntade effekter under innevarande år och kommande år ska beskrivas. Det ska även anges konsekvenser av planerade åtgärder. Vidare ska förklaringar av åtgärder och uppföljning av de åtgärdsplaner som finns ges. Detta rapporteras i uppföljning mars, augusti, men även i årsredovisningen. För årsredovisningen finns också kravet att redovisa uppdraget och planerade aktiviteter för genomförandet samt yttre förutsättningar och konsekvenser.
Trygga kompetens-försörjningen	**2016:** Inriktningen är att stor tonvikt läggs vid den grundläggande uppföljningen av verksamhet, personal och ekonomi. Rapporterna ska innehålla analys och kommentarer som är väsentliga för att beskriva utvecklingen inom respektive verksamhet. Analysarbetet bör inriktas mot att arbeta med orsaker och samband. Vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat och beskriva de åtgärder man tänker genomföra samt tidsplanen för dessa. Jämförelser och analyser ska i lämpliga delar ske både med budget, föregående år och i vissa fall över längre tidsperioder. Rapporteras i delårsrapport mars, delårsrapport augusti och årsredovisning. För delårsrapporterna gäller också redovisningen ska utgå från förvaltningens kompetensförsörjningsplan för 2015 och utifrån det ska en beskrivning av arbetet med uppgiftväxling och vad det gett för resultat utifrån patient-, ekonomi- och tillgänglighetsperspektiven. **2015:** I årsredovisningen ska göras en samlad bedömning med en prognos över måluppfyllelsen och en redogörelse över hur verksamheten arbetar för att nå de mål som inte nåtts. Alla verksamheter ska redovisa målet. För delårsrapporter 2015 ska innehålla redovisning av verksamhetens utveckling, personalutvecklingen samt ekonomiskt resultat för perioden och helårsprognos och inriktningen är i stort densamma som för 2016.