Svar på revisorernas grundläggande granskning avseende HSN 2025

Hälso-och sjukvårdsnämnden har fått i uppdrag att besvara revisionens Grundläggande granskning 7-2025 Hälso- och sjukvårdsnämnden 2025 (dnr REV 24-2025).

Granskningsrapporten har tillställts hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 2 oktober 2026.

Sammanfattning av revisionens iakttagelser:

Revisorerna beskriver i sin rapport att Hälso- och sjukvårdsnämnden hade svaga resultat för år 2025 med ett betydande underskott och bristande kostnadskontroll, även om underskottet minskade jämfört med år 2024.

Många verksamheter klarade inte sina budgetar och de åtgärder som vidtogs hade begränsad eller ingen effekt. Fullmäktiges riktade uppdrag till nämnden innebar inte i någon större utsträckning minskade kostnader.
Nämndens underskott uppgick till 334 miljoner kronor.

Införande av det nya journalsystemet COSMIC påverkade verksamheten i stor utsträckning genom ökad arbetsbelastning, minskad produktivitet och störningar i tillgänglighet och administration. Nämnden uppfyllde endast två av 14 verksamhetsmål för året.

Revisorerna bedömer vidare att nämnden inte hade en tillräcklig styrning och kontroll över sina verksamheter och är kritiska till nämndens hantering av fullmäktiges riktade uppdrag.

Revisorerna ser positivt på att nämnden under 2025 har utvecklat sin målstyrning och det pågående arbete som nämnden gör avseende den interna kontrollen.

Utifrån granskningen har revisorernas ställt följande rekommendationer till nämnden:

*Säkerställ att de åtgärder som nämnden beslutar om för att klara sitt uppdrag och hålla sin budget är väl underbyggda och förankrade i verksamheten. Antaganden om besparingar ska vara analyserade och dokumenterade. Det behöver också finnas analyser som visar vilka åtgärder som är möjliga att genomföra.

*Utveckla uppföljningen av fullmäktiges uppdrag och beslutade åtgärder. Det behöver finnas en tillförlitlig redovisning som beskriver om målsättningar blivit uppfyllda och en bedömning av uppdragens och åtgärdernas effekter.

*Utveckla målstyrningen. Säkerställ att nämnden har tillräckliga underlag för att kunna följa upp målen i delårsrapporten per augusti och årsrapporten.

*Utveckla arbetet med intern kontrollplanen och uppföljningen av kontrollerna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har mot bakgrund av revisorernas rekommendationer upprättat ett yttrande.

Säkerställ att de åtgärder som nämnden beslutar om för att klara sitt uppdrag och hålla sin budget är väl underbyggda och förankrade i verksamheten. Antaganden om besparingar ska

vara analyserade och dokumenterade. Det behöver också finnas analyser som visar vilka åtgärder som är möjliga att genomföra.

För att säkerställa en god ekonomisk styrning och att beslutade åtgärder får avsedd effekt är nämnden överens med revisorerna att en strukturerad och dokumenterad process för hur åtgärder identifieras, analyseras, prioriteras, beslutas, genomförs och följs upp behöver fastställas. För att nämnden ska kunna visa att styrningen är tillräcklig behöver såväl processen som beslut, genomförande och uppföljning dokumenteras.

Nämnden har för avsikt att ta fram en fastställd rutin som beskriver ansvar, arbetsgång, krav på analys och uppföljning samt hur avvikelser ska hanteras. För varje åtgärd ska ett standardiserat beslutsunderlag upprättas med beskrivning av syfte, förväntad ekonomisk effekt, konsekvenser, risker och genomförbarhet. Beslutade åtgärder bör sammanställas i en gemensam åtgärdsplan eller åtgärdslogg där ansvarig, tidplan, förväntad effekt och utfall framgår.

Uppföljning ska ske med regelbundna intervall genom att jämföra planerade och faktiska effekter och analysera eventuella avvikelser. Om åtgärder inte ger avsedd effekt ska nämnden besluta om korrigerande eller alternativa åtgärder. En sådan dokumentation bidrar till spårbarhet, ansvarstagande och en ändamålsenlig ekonomisk styrning.

En grundläggande förutsättning för kvalificerade analyser är att data håller hög kvalitet och är lättillgängliga. Nämnden har i sin återkopplingsrapport inför 2027 pekat på vikten av att Regionstyrelsen avsätter de resurser som behövs för att säkra att korrekta data finns att tillgå för att kunna identifiera de områden där åtgärder behöver vidtas. Under 2025 har ett omfattande arbete bedrivits för att förbättra datakvaliteten, bland annat genom kvalitetssäkring av registrerad närvarotid samt genom ökad tillgänglighet till personaldata via utvecklade rapporter i Power BI. Detta arbete kommer att fortsätta och intensifieras under 2026.

Ett effektivt resursutnyttjande förutsätter god kunskap om verksamhetens behov, tillgängliga resurser samt metoder och rutiner för att styra kapacitet och resurser på ett så effektivt sätt som möjligt. Produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) är en pågående satsning som adresserar dessa behov. Under 2026 planeras ett fortsatt införande av arbetssättet samt implementering av ett nytt produktions- och kapacitetsverktyg.

Utveckla uppföljningen av fullmäktiges uppdrag och beslutade åtgärder. Det behöver finnas en tillförlitlig redovisning som beskriver om målsättningar blivit uppfyllda och en bedömning av uppdragens och åtgärdernas effekter.

Det finns en utmaning i nämndernas autonoma styrning av regionfullmäktiges uppdrag. Flera av uppdragen är riktade till flera förvaltningar vilket har inneburit att processen för att tolka uppdragen och definiera målsättningar har hanterats gemensamt i regionens centrala ledningsgrupp (CLG), på förvaltningsnivå. Uppdragens genomförande har hanterats inom regionstyrelsens förvaltning med deltagande representanter från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Direktiv för regionfullmäktiges uppdrag 2025 togs fram av CLG. Direktiven beslutades av nämnderna, dock var det endast en del av uppdragen som hade konkret numerär målsättning. I nämndens årsrapportering för 2025 bedömdes fyra av uppdragen som klara med avvikelse medan tre bedömdes som klara. För 2026 riktas fyra uppdrag från regionfullmäktige till nämnden. Inga direktiv har beslutats av nämnden för dessa uppdrag och endast ett av uppdragen har en numerär målsättning.

Nämnden håller med revisorerna i deras bedömning att processen för regionfullmäktiges uppdrag behöver förbättras. Det bör bli tydligare från fullmäktige vad som ska uppnås, nämnden behöver vara överens med sin förvaltning om vad som ska åstadkommas och den rapportering som ges ska utgöra underlag för korrigerande åtgärder i syfte att uppnå de satta målen.

Utveckla målstyrningen. Säkerställ att nämnden har tillräckliga underlag för att kunna följa upp målen i delårsrapporten per augusti och årsrapporten.

Det finns anledning att beakta revisorernas rekommendation att ytterligare utveckla målstyrningen. Det arbete som pågått under ett antal år har förbättrat processen med målstyrd verksamhetsplanering med färre delmål (högre grad av prioritering) och bättre indikatorer. Revisorerna pekar på det faktum att nämndens verksamhetsplan generellt sett beskriver utvecklingsaktiviteter och att detta kan påverka uppföljningen av grunduppdraget. Nämndens verksamhetsplan och de delmål som nämnden formulerat skall dock ses som utvecklingsområden där arbete behöver intensifieras genom tydlig politisk styrning för att kunna utföra grunduppdraget med högre kostnadseffektivitet och kvalitet. Nämndens grunduppdrag styrs mångt och mycket av nationella lagar och förordningar utifrån nämndens ansvar som vårdgivare och det skulle innebära en dubbelstyrning att fokusera nämndens delmål på just grunduppdraget. Ett utvecklingsarbete att följa upp nämndens grunduppdrag har under 2026 påbörjats i organisationens linjestruktur genom en strukturerad form för de resultatdialoger som görs med sjukvårdens verksamheter. Uppföljningsformen innebär att föra dialog kring följande parametrar:

- *Tillgänglighet*
- *Produktion/produktivitet*
- *Kvalitet*
- *Ekonomi*
- *Personal*

Nämnden har vidare i sin återkopplingsrapport inför 2027 pekat på vikten av att regionstyrelsen säkerställer resurser för att utveckla tillförlitliga system för att kunna bedöma ovan nämnda parametrar genom kvalitetssäkrade vårddata vilket är en grundläggande förutsättning för att nämnden ska kunna följa grunduppdraget och vida åtgärder där behov av utveckling ses. Det är bland annat av stor vikt att de utmaningar som finns med att hämta data från det nya vårdinformationssystemet löses. Förvaltningens skriftliga rapport som redovisas vid nämndens månadsmöten, och som revisorerna lyfter i sin rapport, kommer att utgöra ett kompletterande underlag till nämnden avseende grunduppdraget.

Utveckla arbetet med intern kontrollplanen och uppföljningen av kontrollerna.

Nämnden ser positivt på att revisorerna beskriver att processen med internkontroll (IK) har utvecklats. Nämnden var först ut inom regionen att använda en ny modell för IK-arbetet med inspiration från Västra Götaland. Modellen har varit positiv för att rama in arbetet med intern kontroll genom att definiera risker inom ett antal områden; Ekonomi, Information och IT, Oegentligheter, Personal, Samverkan, Säkerhet och trygghet samt Verksamhetens genomförande. Hela nämnden genomförde riskanalysen inför 2026 i en workshop tillsammans med tjänstepersoner från förvaltningen vilket var ett uppskattat arbetssätt av nämndens ledamöter. Arbetet med att ytterligare utveckla IK-processen både vad gäller riskidentifiering, riskvärdering och hantering är också föremål för ett förvaltningsövergripande arbete som sker i nätverket för internkontroll, vilket leds av Regionstyrelsen, och där representanter från hälso- och sjukvårdsförvaltningen deltar. Både detta arbete och nämndens eget arbete med att utveckla processen behöver fortgå i syfte om ständig förbättring av internkontrollarbetet. I arbetet behöver hänsyn tas till den administrativa insatsen som behövs och hur det skapar ett högre värde av internkontrollplanen för nämnden.