



Revisionsrapport
2026-03-18

Regionstyrelsen

– granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Regionstyrelsen – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025-00075

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Maria Gabrielsson Fredrikson och Karin Iveroth Persson

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Krister Stensson och Vivi-Ann Nilsson

www.vgregion.se/revision

Innehåll

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning.....	4
2.1 Verksamhet	4
2.2 Ekonomi.....	4
2.3 Intern kontroll.....	5
2.4 Bedömning.....	5
3. Fördjupad granskning.....	6
3.1 God ekonomisk hushållning	6
3.2 Kontinuitetshandling i samhällsviktiga verksamheter	8
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer.....	10
4.1 Ägarstyrning.....	10
4.2 Medelsförvaltningen.....	10
4.3 Effekter av åtgärdsplaner	11
4.4 Insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov	13
4.5 Fastighetsinvesteringar	13
4.6 Förebyggande arbete mot oegentligheter	14
4.7 Arbetet med hälso- och sjuk- vårdens ekonomi	15
4.8 Uppföljning av delegation	16
4.9 Ärendeberedning	16
4.10 Styrning av hållbara investeringar	17
4.11 Krisberedskap.....	18
4.12 Uppsiktsplikten	18
4.13 Grundläggande granskning	19
4.14 Vårdinformationssystemet Millenium	21
5. Revisionens uppdrag.....	23
Bilaga: Rekommendationer till regionstyrelsen	

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- god ekonomisk hushållning
- kontinuitetshantering
- uppföljning av rekommendationer.

Årets grundläggande granskning har inte visat några väsentliga avvikelser. Av de genomförda fördjupningarna har det däremot framkommit flera förbättringsområden, dels vad gäller styrelsens arbete med kontinuitetshantering dels styrelsens arbete för en god ekonomisk hushållning i hälso- och sjukvården. Samtidigt har årets granskning visat att styrelsen agerat för att förbättra verksamheten utifrån rekommendationer som har lämnats tidigare år.

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

I en bilaga i slutet av rapporten finns de rekommendationer som vi lämnar till regionstyrelsen.

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

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

Den 12 november 2024 driftsatte Västra Götalandsregionen vårdinformationssystemet Millennium. Problem uppstod omedelbart i systemet och i tillhörande processer, vilket påverkade driftsättningen. Den 15 november beslutades att avbryta införandet utifrån bedömningen att patientsäkerheten inte kunde garanteras. Efter den avbrutna implementeringen av Millennium lämnade samordningsgruppen för vårdinformationsmiljö sin slutrapport till regionstyrelsen i början av november 2025. Utifrån slutrapportens rekommendationer beslutade regionstyrelsen i december 2025, att föreslå regionfullmäktige att inriktningen för en vårdinformationsmiljö baserat på kärnsystem inte

längre ska gälla. I stället föreslås ett vårdinformationssystem baserat på en modullösning.

I regionstyrelsens ekonomiska rapportering för år 2025, lyfts fram att av redovisningsmässiga skäl så måste de immateriella tillgångarna för systemet Millenium utrangeras. De immateriella tillgångarna är bokförda till ett värde av 1 326 miljoner kronor vilket medför att förgäveskostnader motsvarande 1 326 miljoner kronor bokförs hos regionstyrelsen i årsbokslutet 2025.

Redovisningen av förgäveskostnaderna innebär att regionstyrelsen per 2025-12-31 kommer att ha ett negativt eget kapital. Regionstyrelsen, som egen förvaltning begär hos regionfullmäktige att inte behöva återställa det negativa egna kapitalet och få behålla eget kapital motsvarande två procent av bruttokostnaderna enligt Västra Götalandsregionens regelverk för hantering av eget kapital. Regionstyrelsen lyfter att om beslutet inte blir enligt förslaget så kommer det att innebära stor påverkan på regionstyrelsen ekonomi kommande år.

Revisionen bedömer att processen avseende införandet av vårdinformationssystem är att se som en särskild händelse. Revisionen avser att granska det fortsatta arbetet. Revisionen anser att det inte påverkar årets bedömning avseende regionstyrelsen.

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning

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

3. Fördjupad granskning

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

3.1 God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelser har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt.

Den sammanfattande bedömningen är att regionstyrelsen delvis har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt. De har i stor utsträckning fattat nödvändiga beslut, men revisionen ser att en mer ändamålsenlig styrning utifrån Västra Götalandsregionens ekonomiska principer måste till.

Enligt kommunallagen ska regionen ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. God ekonomisk hushållning innebär att regioner ska ha goda förutsättningar för att både kort- och långsiktigt klara av sin ekonomi och verksamhet. Detta innebär att intäkterna ska överstiga kostnaderna och att verksamheten ska bedrivas effektivt och ändamålsenligt.

Regionfullmäktiges riktlinje för god ekonomisk hushållning anger finansiella mål för Västra Götalandsregionen. Nämnder, styrelser, och bolag ska värna om och utveckla verksamheterna på ett för medborgarna kvalitativt, säkert och effektivt sätt inom de ekonomiska ramarna. Riktlinjen slår fast att om god ekonomisk hushållning inte har uppnåtts krävs åtgärder för att omhänderta de problem som ligger till grund för den bristande måluppfyllelsen.

Revisionen bedömer att regionstyrelsen delvis har en tillräcklig styrning och genomförande av ekonomiska beslut, mål, uppdrag och åtgärder. Vi noterar till det bättre, att regionstyrelsen under 2025 har bidragit till att förtydliga den ekonomiska styrningen i Västra Götalandsregionen, genom Policy för god ekonomisk hushållning och ekonomistyrning i Västra Götalandsregionen och Policy för ersättningar i Västra Götalandsregionen.

Vidare är bedömningen att regionstyrelsen delvis har en tillräcklig uppföljning och analys av de ekonomiska resultaten på kort och lång sikt. Granskningen visar att regionstyrelsen har en utvecklad process för uppföljning av ekonomin, men vår bedömning är att de har haft mindre fokus på sjukhusens ekonomi än tidigare. Regionstyrelsen har med anledning av det, inte haft den uppsikt över sjukhusens åtgärder för ekonomi i balans, som krävs enligt reglementet. Det ligger i regionstyrelsen ägarroll att löpande följa, så att beslut fattas och åtgärder genomförs, samt rapportera till regionfullmäktige.

Revisionen bedömer att regionstyrelsen har delvis en konsekvent tillämpning av regionens ekonomiska principer. Västra Götalandsregionen bedöms samlat ha en god ekonomi och att de finansiella målen kopplade till god ekonomisk hushållning uppnås för året. Revisionen bedömer dock att regionstyrelsen endast delvis fullföljt sin uppsiktsplikt, som bland annat innefattar att föreslå åtgärder när ekonomiska obalanser har eller befaras att uppstå. Vi konstaterar att sjukhusens otillräckliga åtgärder för en ekonomi i balans, inte har föranlett ytterligare uppföljning eller beslut i styrelsen, trots att prognosen visat att det samlade underskottet för regionens sjukhus beräknas till drygt -900 miljoner kronor år 2025.

De styr signaler som styrelserna för sjukhusen fått, har i stor utsträckning handlat om att de ska öka sin produktion, samtidigt som det ska ske inom de ekonomiska ramarna. Granskningen visar att det leder till målkonflikter och svåra prioriteringar i verksamheterna.

Regionstyrelsens hantering av de återkommande avskrivningarna av tidigare års underskott, följer inte regionfullmäktiges beslut om bokslutsdispositioner, som innebär att återbetalning av negativt eget kapital efter bokslutsdispositioner, ska ske senast tre år efter aktuellt bokslutsår. Flera av sjukhusen uppger att avskrivningarna försvårar förutsättningarna för en god ekonomistyrning.

Regionstyrelsen och den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden som båda har centrala funktioner i regionens styrning, bedöms behöva utveckla sin samverkan, i syfte att ge tydliga förutsättningar för utförarna att nå budgetföljsamhet.

Avslutningsvis bedömer revisionen att de återkommande avstegen som har gjorts i bokslutsdispositioner, med avskrivningar av tidigare års underskott, både påverkat förtroendet och förutsättningarna för en god ekonomistyrning. Vi bedömer att avstegen är en grundläggande anledning till att styrelserna för sjukhusen inte styr sin verksamhet tillräckligt, för att nå budgetföljsamhet.

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att inom sin uppsiktsplikt:

- förtydliga sjukhusstyrelsernas ansvar att vidta tillräckliga åtgärder för att klara verksamhet och ekonomi i balans.
- göra styrelser och nämnder delaktiga i arbetet med gemensamma prioriteringar i syfte att stärka genomförande och effekt av planerade åtgärder.
- hantera målkonflikter gemensamt med den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för att sjukhusens styrelser ska få nödvändiga förutsättningar att utföra sina uppdrag.

3.2 Kontinuitetshantering i samhällsviktiga verksamheter

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån EY (Ernst och Young AB) på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) handlar kontinuitetshantering om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Med kontinuitetshantering kan verksamheter snabbare återhämta sig från och minska negativa konsekvenser av en inträffad händelse. En samhällsviktig verksamhet definieras som en samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden eller säkerhet. Samtliga nämnder, styrelser och regionägda bolag ska bedriva ett aktivt arbete med kontinuitetshantering i Västra Götalandsregionen. Brister i detta arbete kan få allvarliga konsekvenser för regionens förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet vid störningar, kriser och extraordinära händelser.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda styrelser har en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Syftet har också varit att bedöma om regionstyrelsen leder, samordnar och har uppsikt över Västra Götalandsregionens arbete med kontinuitetshantering på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att berörda styrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Arbetet bedrivs inte fullt ut i enlighet med den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering som gällt sedan 2023. Vidare saknas kontinuitetsplanering för flera kritiska aktiviteter i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rekommendationer. Vidare bedömer vi att regionstyrelsen i

stort leder och samordnar Västra Götalandsregionens arbete på ett ändamålsenligt sätt, men att det saknas en tillräcklig uppsikt över övriga styrelserns arbete. Regionstyrelsen tar inte del av systematisk uppföljning av övriga granskade styrelserns arbete med kontinuitetshantering. Detta kan innebära att regionstyrelsen saknar en nulägesbild över beredskap, robusthet och befintlig kontinuitetshantering för att kunna bedöma och besluta om en ändamålsenlig styrning av området och vidta åtgärder. Vi vill även särskilt lyfta behovet av en stärkt regionövergripande styrning av beredskapsdimensionering och krav gällande robusthet i kontinuitetshanteringen.

I granskningen av övriga berörda styrelser går det i flera fall inte att styrka att arbetet med kontinuitetshantering har utgått från en konsekvensanalys och riskbedömning. Det finns heller inte fullständiga kontinuitetsplaner kopplade till alla kritiska resurser och aktiviteter. I granskningen framkommer att vissa samhällsviktiga verksamheter saknar kontinuitetsplaner helt, vilket är en brist. Vi bedömer slutligen att arbetet behöver accelereras och prioriteras inom flera styrelser och verksamheter för att uppnå ett ändamålsenligt kontinuitetsarbete.

Följande rekommendationer lämnade vi med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att

- stärka styrning avseende dimensionering och prioritering av nämnder, styrelser och regionägda bolags förväntade beredskapsnivåer, bland annat avseende robusta och driftsäkra sjukhusbyggnader
- säkerställa systematisk uppföljning av övriga styrelserns arbete med kontinuitetshantering.

Revisionen lämnade även tre rekommendationer till styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

4.1 Ägarstyrning

Revisionen granskade ägarstyrning 2021. I 2024 års granskning följde vi upp vilka åtgärder som regionstyrelsen hade genomfört med anledning av våra rekommendationer. Granskningen resulterade i att följande rekommendation kvarstod:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att formalisera uppsikten över bolagen och att fastställa syfte och rutiner för ändamålsenliga ägardialoger.

Revisionen har tidigare noterat att det finns former för uppsikt över bolagen men vi ansåg att dessa behövde kompletteras med dokumenterade och fastställda rutiner för att tydliggöra hur uppsikten och ägardialogerna ska genomföras. Årets uppföljning visar att styrelsen under 2025 har antagit Riktlinje för regionstyrelsen uppsiktsplikt. Riktlinjen ska tydliggöra inriktning och genomförande av uppsiktsplikten av nämnder, styrelser och bolag. Granskningen visar även att det årligen genomförs en fördjupad kontroll av Västra Götalandsregionens bolag i samband med koncernens årsredovisning. Den fördjupade kontrollen innefattar följsamhet till ägardirektiv, bolagsordningar, genom uppföljning av rapportering, protokoll samt revisionsrapporter och dialoger.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

4.2 Medelsförvaltningen

Revisionen granskade 2022 medelsförvaltningen. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla metoder och processer för att bättre kunna mäta samt följa upp och rapportera valutarisken i kapitalförvaltningen.

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att tydliggöra och beskriva strategi för ränterisk, vilket inkluderar mål för risknivå, duration samt avkastning.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla finanspolicy till att även inkludera mål och limit för kreditrisk som Västra Götalandsregionen är exponerad mot via räntefonder (inte enbart direkta investeringar) samt lägga till uppföljning av rating (måttet för kreditrisk) i rapportering och uppföljning.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se över hur finansrådet fungerar i praktiken, fastställa och tydliggöra finansrådets syfte, roll och mandat i organisationen samt säkerställa den praktiska tillämpningen.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se över kapitalförvaltningens utveckling.

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

Uppföljningen visar att en rad åtgärder har genomförts för att omhänderta rekommendationerna. En ny finanspolicy med tillhörande riktlinje för medelförvaltningen har antagits. Utöver detta har finansrådet avvecklats och ersatts av en ny struktur. Den nya strukturen bedöms av förvaltningen fungera väl och har inneburit en tydligare integrering av finansverksamhetens frågor i den ordinarie styrningen. Förvaltningen uppger att jämfört med tidigare finansråd har den nya ordningen medfört ökad transparens, bredare förankring och tydligare koppling till regionens övergripande ekonomistyrning. Det pågår även ett arbete för att stärka strukturen för riskhantering och internkontroll inom finansverksamheten. Bland annat har förvaltningen tagit fram två nya rutiner samt en särskild internkontrollplan för finansverksamheten.

4.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

4.3 Effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade effekter av åtgärdsplaner 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla formerna för att stödja sjukhusstyrelsernas arbete med att klara sin budget och nå regionfullmäktiges mål.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla analyserna i delårsrapport och årsbokslut om orsakerna till att sjukhusen år efter år går med ekonomiska underskott.

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla formerna för uppföljning med regionala indikatorer, rullande prognoser och dokumentation av resultat.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att samtliga sjukhus har tillgång till ett likartat IT-stöd.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utreda regionalt stödande arbete för nationell benchmarking och omvärldsanalys.

Vi följde år 2024 upp rekommendationerna och vår bedömning var då att ett arbete pågick men att rekommendationerna kvarstod. Vi har i år återigen följt upp rekommendationerna, genom dokumentanalys och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att arbetet för att omhänderta rekommendationerna har fortsatt under året. Åtgärder har vidtagits för att utveckla standardiserade arbetssätt och gemensamma modeller för rapportering, uppföljning och analys på flera nivåer. Exempelvis sker sjukhusstyrelsernas månadsvisa åtgärdsrapportering till regionstyrelsen numera enligt en gemensam modell. Förvaltningen beskriver också att standardiserade arbetssätt har utvecklats för att analysera och förstå sjukhusens ekonomiska obalanser vilket underlättar prioriteringsarbetet.

En regional indikatorkatalog har byggts upp och är en samlingsplats för gemensamma och förvaltningsspecifika uppföljningsmått (indikatorer). Om ett mått definieras i katalogen så finns det en gemensam definition och därmed en jämförbarhet mellan olika verksamheter. De indikatorer som regionstyrelsen fastställer för att kunna följa upp regionfullmäktiges mål finns med i katalogen. Indikatorerna finns även med i regionens planerings- och uppföljningssystem Plan och styr. På så vis kan förvaltningarna använda gemensamma mått i arbetet med bland annat detaljbudget och verksamhetsplan. Att använda gemensamma definitioner i koncernen innebär en förbättrad samlad analys på koncernnivå.

Vad gäller nationell benchmarking och omvärldsanalys framgår att förvaltningen kontinuerligt arbetar med olika nationella organisationer och register. VGR deltar även i nationella kvalitetsregister och administrerar även några av dessa. Under 2025 genomfördes ett gemensamt arbete med VÄSTKOM för att identifiera indikatorer att mäta omställningen av hälso- och sjukvården.

Man har också vidtagit åtgärder för ett mer likartat regionalt IT-stöd till sjukhusen. Samtliga förvaltningar har tillgång till de IT-stöd som VGR har upphandlat. Däremot skiljer det sig åt hur systemen är uppsatta mellan förvaltningarna och det saknas i stor utsträckning gemensamma informationsstrukturer. Det pågår olika arbeten för att likrikta processer

och systemuppsättningar. Exempelvis utreds regionens ekonomisystem och det pågår ett utvecklingsarbete kopplat till planerings- och uppföljningssystem Plan och styr.

4.3.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

4.4 Hälso- och sjukvårdens insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov

Revisionen granskade insatser för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov år 2022. Granskningen resulterade i följande rekommendation:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla tillsyn, uppföljning och analys och efterlevnaden av lagstadgad vårdgaranti.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att det skett ett utvecklingsarbete vad gäller styrelsens uppföljning. Samlad uppföljning sker numera månatligen. Måluppfyllelse avseende vårdgarantin och övriga tillgänglighetsdata framgår i handlingar som ingår i det månadspaket som regionstyrelsen tar del av. Ägarutskottet får också löpande information om innehållet.

4.4.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

4.5 Fastighetsinvesteringar

Revisionen granskade 2023 regionstyrelsens arbete med fastighetsinvesteringar. Granskningen resulterade i följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ändamåls-enliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att en rad åtgärder har vidtagits för att omhänderta rekommendationerna. Bland annat har en ny investeringspolicy antagits och ett arbete pågår nu med att ta fram

reviderade riktlinjer. Vid granskningens tidpunkt är arbetet ännu inte avslutat. Men förvaltningen uppger att syftet med de nya riktlinjerna är att ytterligare tydliggöra styrningen.

Vad gäller arbetet med lokalbehovsplaner har man utvecklat de formulär som används i processen. Formulären har använts i en beredningsomgång och utvärderats kontinuerligt enligt PDCA¹. Exempel på förändring som skett är att formuläret inför 2026 inkludera frågor kring beredskap. Utvecklingsarbetet uppges ha bidragit till att förbättra kvalitén och ändamålsenligheten i de underlag som lokalbehovsplanerna bygger på.

4.5.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

4.6 Förebyggande arbete mot oegentligheter

Revisionen granskade 2023 regionstyrelsens förebyggande arbete mot oegentligheter. Granskningen resulterade i följande rekommendation:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla sitt förebyggande arbete mot oegentligheter.

Revisionen har sedan tidigare följt upp styrelsens arbete för att omhänderta rekommendationen och konstaterade att flera åtgärder har vidtagits, bland annat har en ny policy för säkerhet och beredskap beslutats av regionfullmäktige, men rekommendationen bedömdes kvarstå. Vi har i år återigen följt upp granskningen, genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Av årets uppföljning framgår att en genomlysning har genomförts på uppdrag av regiondirektören gällande ansvar och roller i arbetet mot välfärdsbrottslighet. Den tidigare rutinen för oegentligheter har fått förlängd giltighetstid till februari 2026, men ett arbete pågår för att uppdatera denna, bland annat utifrån genomlysningens resultat. Rutinen förväntas vara färdigställd under våren 2026. Förvaltningen uppger att implementering av den nya rutinen gällande oegentligheter kommer ske genom en rad åtgärder, så som information till chefer och verksamheter, utbildningstillfällen, metodstöd till ansvariga med mera. Enligt uppgift kommer det genomföras en uppföljning dels av implementeringsarbetet dels av följsamhet mot rutinen.

¹ Planera-Göra-Studera-Agera (Plan-Do-Check-Act)

4.6.1 Bedömning

Revisionen bedömer att pågående arbete omhändertar rekommendationerna. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

4.7 Arbetet med hälso- och sjukvårdens ekonomi

Revisionen granskade regionstyrelsens arbete med hälso- och sjukvårdens ekonomi 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att uppföljning sker med kontinuitet och att resultat och analys av utfallet visas transparent.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att än tydligare vägleda styrelser och nämnder i det prioriteringsarbete som behövs, både i det korta och i det långa perspektivet, för att nå en verksamhet och ekonomi i balans.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att styrelsen vidtagit åtgärder för att omhänderta rekommendationen. Västra Götalandsregionens verksamhet följs upp månadsvis samt i delårsrapporter och årsredovisning. Förvaltningen beskriver att kraven på formell återrapportering hålls nere i linje med regionfullmäktiges budget som betonar minskad administration och uppföljning av endast det absolut nödvändiga. Vidare uppges att regionstyrelsen har förtydligat anvisningarna till månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning för att göra det enklare att följa och jämföra förvaltningarna och bolagen. Uppföljningen kompletteras med dialog mellan ägarutskottet och styrelser och nämnder, där anteckningar från dialogerna anmäls till regionstyrelsen och muntlig information lämnas vid varje sammanträde.

Regionstyrelsen har även initierat en regional uppföljning av åtgärdsplaner för att säkerställa att sjukhusens arbete med ekonomi i balans och att åtgärder genomförs effektivt. Under 2024 gav styrelsen i uppdrag till regiondirektören att återkomma med en analys av resursfördelningen inom hälso- och sjukvården. Rapporten lämnades till ägarutskotten och regionstyrelsen våren 2025 för vidare politisk hantering. Rapporten innehåller slutsatser och vägledning för att säkerställa att mesta möjliga välfärd per krona skapas samtidigt som regionen har en ekonomi i balans. Utredningens arbete inkluderades också i planeringsunderlaget inför budget 2026.

4.7.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

4.8 Delegation

Revisionen granskade 2024 regionstyrelsens arbete med delegation. Granskningen resulterade i följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att delegeringsbeslut dokumenteras i enlighet med förvaltningslagens krav.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att stärka uppföljning och kontroll av delegeringsbeslut.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att ett arbete har genomförts under året för att omhänderta rekommendationerna. Bland annat har delegation följts upp inom ramen för regionstyrelsens internkontrollarbete. Vid påträffade brister i underlag har dessa återkopplats till berörd delegat/vidaredelegat. Utöver detta har man genomfört stickprovskontroller av anmälda delegeringsbeslut vid tre tillfällen under året. Kontrollen visade formaliabrister i dokumentationen av delegeringsbeslut, exempelvis att beslutsdatum saknas eller felaktiga hänvisningar till punkter i delegeringsordningen. Förvaltningen uppger att vissa brister bedöms bero på att mallar i ärendehanteringssystemet Public 360 inte har följts eller använts. Utifrån stickprovskontrollerna beskriver förvaltningen ett antal åtgärder som vidtagits, bland annat har man informerat om de riktlinjer, rutiner, lathundar som beskriver hantering av delegeringar och delegeringsordningen. Förvaltningen uppger att ytterligare kontroller planeras inom ramen för det interna kontrollarbetet under 2026.

4.8.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

4.9 Ärendeberedning

Revisionen granskade 2024 regionstyrelsens ärendeberedning. Granskningen resulterade i följande rekommendation:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att ärendeberegningsprocessen säkerställer att beslutsunderlag är fullständiga och tydliga samt utformade på ett enhetligt sätt.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att flera åtgärder har vidtagits för att omhänderta vår rekommendation. Bland annat har stöd till handläggare på intranätet uppdaterats och samlats, och utbildning av medarbetare och chefer pågår. Därutöver har mallen för tjänsteutlåtanden kompletterats med en text som ska tydligare hänvisa till listan med olika perspektiv i riktlinjen för ärendeberedning och vikten av att göra bedömning utifrån de olika perspektiven. Förvaltningen beskriver att deras ärendesamordningsgrupp arbetar ständigt med förbättring och återkoppling till staberna via deras ärendesamordnare när det konstateras att det finns brister i ärendeberedningen. Då vidtas åtgärder för att ett korrekt arbetssätt ska användas. Den genomläsning som sker inför regionstyrelsens möten fungerar som en kvalitetssäkring och ger också det underlag som behövs för riktade insatser gentemot berörda koncernstaber.

Slutligen har ärendeberedningen följts upp inom ramen för regionstyrelsens internkontrollarbete och de brister som uppmärksammats uppges hanteras inom förvaltningens ordinarie kvalitetsarbete. Detta sker bland annat genom den gemensamma genomläsningen av tjänsteutlåtanden inför regionstyrelsens och dess utskott. Genomläsningen sker av nämndsamordnare, regiondirektörens ledningsstöd samt ledningsstöd kansli och säkerhet. Berörda ärendesamordnare medverkar i genomläsningen för att möjliggöra direkt återkoppling vid de ärenden som deras stab ansvarar för. Större avvikelser rapporteras i Med Control för gemensam genomgång på koncernkontorets ärendesamordningsgrupp.

4.9.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen. Revisionen avser dock att fortsätta följa området i den grundläggande granskningen.

4.10 Styrning av hållbara investeringar

Revisionen granskade 2024 regionstyrelsens styrning av hållbara investeringar. Granskningen resulterade i följande rekommendation:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att tydliggöra hållbarhetsutskottets ansvar och medverkan i ärendeberedningen avseende hållbara investeringar.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier och skriftliga frågor till förvaltningen. Uppföljningen visar att ett arbete pågår med revidering av riktlinjen för investeringar. I samband med detta ska, enligt uppgift, hållbarhetsutskottets roll i beredning av investeringsbeslut ses över. Vid granskningens tidpunkt är revideringen inte färdig.

4.10.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har påbörjat ett arbete för att omhänderta rekommendationen. Mot bakgrund av detta anser vi att rekommendationen inte kvarstår, däremot kommer vi att fortsatt följa området under 2026.

4.11 Krisberedskap

Revisionen granskade krisberedskap 2022. I 2024 års granskning följde vi upp vilka åtgärder som regionstyrelsen hade genomfört med anledning av våra rekommendationer. Granskningen resulterade i följande rekommendation kvarstod:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att uppföljning, utvärdering och rapportering av det regionövergripande systematiska arbetet med krisberedskap genomförs i tillräcklig omfattning.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier.

Uppföljningen visar att arbete har påbörjats inom säkerhet och beredskap i stort. Syftet är att identifiera vad som ska följas upp, på vilket sätt och hur det ska rapporteras. Former för uppföljning och rapportering inom säkerhet och beredskap bedöms vara klara till årsskiftet. Vid granskningens tidpunkt har formerna för uppföljning och rapportering inte fastställts.

4.11.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har påbörjat ett arbete för att omhänderta rekommendationen. Mot bakgrund av detta anser vi att rekommendationen inte kvarstår, däremot kommer vi att fortsatt följa området under 2026.

4.12 Uppsiktsplikten

Revisionen granskade regionstyrelsens uppsikt 2023. I 2024 års granskning följde vi upp vilka åtgärder som regionstyrelsen hade genomfört med anledning av våra rekommendationer. Granskningen resulterade i följande rekommendationer kvarstod:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att formalisera uppsikten över nämnder, styrelser och bolag i syfte att genomföra en tillräcklig och samlad uppsikt.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen se till att en tillräcklig och transparent återrapporering av uppsikten sker till såväl regionstyrelsen som regionfullmäktige.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentstudier.

Uppföljningen visar att regionstyrelsen i december antog en riktlinje för

sin uppsiktsplikt. Syftet med riktlinjen är att förtydliga regionstyrelsens ansvar och klargöra vilka förväntningar som ställs på berörda organisatoriska enheter i fråga om uppsiktsplikten.

Regionstyrelsens uppsiktsplikt beskrivs ytterst att utgå från budget- och uppföljningsprocessen där styrelsens regelbundet får nämnders och styrelser detaljbudgetar, månadskommentarer, delårsrapporter samt årsredovisning. Dessa handlingar beskriver verksamhet, ekonomi och personal inom samtliga ansvarsområden och bedöms ge regionstyrelsen och regionfullmäktige en tydlig bild av hur verksamheten utvecklas. De senaste åren uppges arbetet med delårsrapporter och årsredovisning ha formaliserats med ett ökat fokus på regionfullmäktiges budget genom framtagande av styrande dokument (rutinbeskrivning) för processens roller och arbetsgång.

Ägarutskottets dialoger med nämnder och styrelser beskrivs vara en annan del av uppsiktsplikten. Dialogen ska bidra till förståelse för varandras utmaningar och fokus på gemensam problemlösning. Dialogerna föregås av möten på tjänstepersonnivå mellan koncernkontoret och ledningsgrupper från förvaltningar och bolag. Materialet från dessa möten utgör ett underlag inför ägardialoger och sammanfattas i information till regionstyrelsen. Koncernkontoret genomför även löpande uppföljning av förvaltningarnas och bolagens ekonomi och verksamhet. Koncernkontoret sammanställer information i "Månadsuppföljning koncern och utvalda förvaltningar inom hälso- och sjukvård" vilket lämnas till regionstyrelsen varje månad. Därutöver lämnas månadsbokslut och prognos för koncernen, där förvaltningars och bolags ekonomiska utfall är en delmängd.

4.12.1 Bedömning

Revisionens bedömning är att pågående arbete omhändertar rekommendationerna. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

4.13 Grundläggande granskning

Revisionen granskade, som en del av den grundläggande granskningen, styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och styrelsens beslutsfattande 2023. I 2024 års granskning följde vi upp vilka åtgärder som regionstyrelsen hade genomfört med anledning av våra rekommendationer. Granskningen resulterade i att följande rekommendation kvarstod:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att säkerhets- skyddslagen följs vid beslut om att utse säkerhetsskyddschef.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier och avstämning med förvaltningen. Länsstyrelsen genomförde 2024 en tillsyn

av Västra Götalandsregionens säkerhetsskyddsarbete vilken resulterade i ett föreläggande enligt 2 kap. 7 § säkerhetsskyddslagen (2018:585) avseende säkerhetsskyddschefens organisatoriska placering. Regionen överklagade Länsstyrelsens beslut till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten meddelade sin dom i målet den första december 2025 där de avslår regionens överklagan. Regionen har per den 19 december överklagat förvaltningsrättens dom. Vid granskningens tidpunkt har inget ytterligare skett i ärendet.

Enligt uppgift från förvaltningen kommer man under våren att se över nuvarande säkerhetsorganisation. Detta kommer ske oavsett domslut i ärendet gällande säkerhetsskyddschefens placering. Förvaltningen avser att genomföra dialog med Länsstyrelsen och stämma av den nya organisationen innan denna tillämpas. Revisionen ser positivt på att säkerhetsskyddschefens organisatoriska placering ska ses över, men uppmanar styrelsen att tillse att framtida domslut i frågan efterlevs.

Revisionen granskade, som en del av den grundläggande granskningen, styrning och intern kontroll 2022. Uppföljningen 2024 resulterade i att följande rekommendation kvarstod:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att se till att riskanalysarbetet integreras på ett tillräckligt sätt i organisationen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier. Förvaltningen beskriver att regionstyrelsen genomför en årlig riskdiskussion i januari som underlag för plan för intern kontroll. Utifrån regionstyrelsens riskdiskussion tar koncernkontoret fram förslag på risker och kontroller. Regionstyrelsens internrevisorer bereder slutligt förslag på plan för intern kontroll inför beslut.

Inom förvaltningen finns en utpekad tjänsteperson med ansvar för att stödja regionstyrelsens internrevisorer i arbetet med att ta fram och följa upp regionstyrelsens plan för intern kontroll, däri ingår arbetet med riskanalysen. Tjänstepersonen sköter planering och förberedelser inför riskdiskussionen med regionstyrelsen och avstämningen med gruppledarna och är den som samordnar förvaltningens beredning och löpande stämmer av med regionstyrelsens internrevisorer.

Alla staber inom koncernkontoret involveras i arbetet med intern kontroll för regionstyrelsen. Tydligast sker detta i arbetet med riskanalys och förslag på plan för intern kontroll. Underlag från regionstyrelsens riskdiskussion delas för beredning till tjänstepersoner med ansvar för de områden som regionstyrelsen lyft vid sin riskdiskussion. Underlaget delas också till

ledningsstöd inom alla staber, dels för att samordna stabernas inspel dels för att spela in eventuella kompletterande risker som inte lyfts vid regionstyrelsens riskdiskussion men som förvaltningen bedömer bör ingå i planen.

4.13.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationen avseende säkerhetsskyddslagen. Revisionen släcker därmed rekommendationen men kommer att följa frågan inom ramen för den grundläggande granskningen i syfte att se att domslutet i ärendet efterlevs.

Vidare bedömer revisionen att styrelsen har tagit hand om rekommendationen avseende riskanalysarbetet.

4.14 Vårdinformationssystemet Millenium

Revisionen har under 2023 och 2024 genomfört granskningar av vårdinformationssystemet Millenium. Granskningarna har resulterat i följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för att minimera produktionspåverkan vid införandet av Millennium.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa att regionstyrelsen regelbundet informeras om produktionspåverkan kopplat till införandet av Millennium.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att utveckla riskanalysarbetet vad gäller patient-säkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa att arbetet med Millenium efterlever tidplanen för införandet i de olika etapperna, för att i så hög grad som möjligt minska riskerna för förseningar i införandet.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att tydliggöra beslutsmandat.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att stärka kommunikationen och vidta åtgärder utifrån de kommunikativa utmaningar och risker som identifierats.
- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av program Millennium.

Åtgärdsarbetet kopplat till frågan om ny vårdinformationsmiljö har pågått under hela året. Arbetet har samordnats av en samordningsgrupp som tillsatts av regiondirektören. Regionstyrelsen har även tillsatt ett nytt

utskott under året för att leda och följa regionens digitaliseringsarbete (digitaliseringsutskottet). Resultatet av samordningsgruppens arbete är sammanfattat i en slutrapport som togs upp för beslut i regionstyrelsen den 2 december. Innan det hade slutrapporten med tillhörande bilagor behandlats av personalutskottet, digitaliseringsutskottet samt ägarutskottet. Styrelsen tog ett enhälligt beslut att ställa sig bakom slutrapporten och dess rekommendationer. Efter regionstyrelsens beredning tog följaktligen regionfullmäktige beslut den 17 februari 2026 om att tidigare inriktning för Västra Götalandsregionen vårdinformationsmiljö baserat på ett gemensamt kärnsystem inte längre ska gälla. Detta innebär att implementeringen av kärnsystemet Millennium inte kommer att återupptas.

Mot bakgrund av detta stryker revisionen samtliga sju rekommendationer som tidigare lämnats till styrelsen avseende vårdinformationssystemet Millenium.

5. Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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

Bilaga: Rekommendationer till regionstyrelsen

I samband med granskningar lämnar revisorerna ibland rekommendationer till den granskade styrelsen. Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra verksamheten. I tabellen nedan ser du de rekommendationer som vi lämnar till regionstyrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell: Sammanställning av rekommendationer

2025 års granskningar	Rekommendationer
God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att förtydliga sjukhusstyrelsernas ansvar att vidta tillräckliga åtgärder för att klara verksamhet och ekonomi i balans. Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att göra styrelser och nämnder delaktiga i arbetet med gemensamma prioriteringar i syfte att stärka genomförande och effekt av planerade åtgärder. Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att hantera målkonflikter gemensamt med den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden för att sjukhusens styrelser ska få nödvändiga förutsättningar att utföra sina uppdrag. (2025)
Kontinuitetshantering Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att stärka styrning avseende dimensionering och prioritering av nämnder, styrelser och regionägda bolags förväntade beredskapsnivåer, bland annat avseende robusta och driftsäkra sjukhusbyggnader. Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa systematisk uppföljning av övriga styrelsers arbete med kontinuitetshantering. (2025)

Ej uppföljda granskningar	Rekommendationer
Ny politisk organisation Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen, strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, operativa hälso- och sjukvårds-nämnden och de delregionala nämnderna samt se till att arbetssätten dem emellan fungerar. (2023) Revisionen rekommenderar styrelsen att agera tydligare i sin övergripande ägar- och styrfunktion och i rollen som beredningsorgan åt regionfullmäktige, för att säkerställa att den nya politiska organisationen ska fungera enligt fullmäktiges intentioner. (2023)
Omställning av hälso- och sjukvården Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa samverkan mellan berörda aktörer för ökad genomförandekraft i omställningen av hälso- och sjukvården. (2023) Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att regionens styrmodeller i övrigt verkar i en riktning som tydligt gynnar omställningen av hälso- och sjukvården. (2023)
Bemannings- och kapacitetsplanering vårdproduktion egen regi Inget svar	Regionstyrelsen rekommenderas att se till att sjukhusstyrelsernas kunskap och erfarenheter tas tillvara i samband med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till utförarna. (2023) Regionstyrelsen rekommenderas att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll utifrån sitt övergripande och samordnande vårdgivaransvar avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion. (2023)

Ej uppföljda granskningar	Rekommendationer
Fortsättning – Bemannings- och kapacitetsplanering vårdproduktion egen regi Inget svar	Regionstyrelsen rekommenderas att se till att sjukhusstyrelserna i enlighet med sina reglementen mer aktivt verkar för och deltar i samordning och utveckling av ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. (2023) Regionstyrelsen rekommenderas att se till att det inte finns motstridigheter i samordningsrådets uppdrag och sjukhusstyrelsernas reglementen avseende ansvaret för bemanning. (2023) Regionstyrelsen rekommenderas att se till att operativa hälso- och sjukvårdsnämndens roll, ansvar och arbetssätt tydliggörs avseende hur utförarnas kunskaper och erfarenheter ska "tas till vara" i enlighet med operativa hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente. (2023)



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för fastighet, stöd och service

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för fastighet, stöd och service – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00096

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorerna: Rickard Johansen och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Sven Liljegren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	7
3. Fördjupad granskning.....	9
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	13
Revisionens uppdrag.....	16

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- informationssäkerhet (fördjupad granskning)
- kontinuitetshantering i samhällsviktiga verksamheter i Västra Götalandsregionen (fördjupad granskning)
- uppföljning

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

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att förstärka dokumentationen av genomförda utbildningar och utveckla utbildningsplaner (2024). Rekommendationen följs upp 2026.
Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionen Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen (2023). Rekommendationen följs upp 2026.
Granskning av informationssäkerhet Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att - säkerställ fortsatt implementering av beslutade styrdokument som ingår i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) (2025). - påtala behov av att rutin för hantering av informationssäkerhetsincident, upprättas och etableras i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD), till ansvariga (2025). - säkerställ att organisationen är anpassad genom resurser och kompetens så att

	informationssäkerhetsarbetet har förutsättningar att vara systematiskt i enlighet med krav som ställs genom interna styrdokument och lagkrav (2025). • vidta åtgärder för att höja deltagarantalet i grundutbildningar i syfte att säkerställa ett regelbundet genomförande (2025). • säkerställa att uppföljning och rapportering av informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter sker med regelbundenhet (2025). • säkerställ att ansvar för styrelsen och förvaltningschef upprätthålls i enlighet med dokumenterad ansvarsfördelning i interna styrdokument (2025). • säkerställa att utbildning och informationsinsatser genomförs med högre grad av systematik så att insatser bidrar till en god säkerhetskultur inom informationssäkerhet (2025). • säkerställa att ett uppföljningsarbete etableras som kan utgöra underlag för styrelsen i beslut om åtgärder för att stärka informationssäkerheten (2025).
Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktiga verksamheter i Västra Götalandsregionen Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att • säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering

	(2025). • säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner (2025). • säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering (2025).
--	--

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Fördjupad granskning

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

3.1 Granskning av informationssäkerhet

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån Azets på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i december 2025. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Västra Götalandsregionen hanterar stora mängder känslig och skyddsvärd information.¹ Nämnder och styrelser ansvarar för att informationen behandlas och skyddas på ett ändamålsenligt sätt, samtidigt som tillgång och öppenhet säkerställs enligt offentlighetsprincipen.

Syftet med granskningen var att bedöma om det bedrivs ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet.

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Sjukhusen i väster samt styrelsen för fastighet, stöd och service.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att arbetet hos Styrelsen för fastighet, stöd och service endast delvis är ändamålsenligt.

Granskningen visar att det finns en tydlig styrning genom ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) och att styrelsen har god kännedom om regelverket. Samtidigt bedöms ansvarsfördelningen enligt riktlinjerna inte fullt ut följas, då styrelsens och förvaltningschefens delaktighet i styrning och uppföljning inte har kunnat verifieras. Det finns även risk för att informationssäkerhetsarbetet inte bedrivs tillräckligt systematiskt, bland annat till följd av bristande resurser och kompetens.

Substansgranskningen visar i huvudsak god följsamhet till styrande dokument avseende informationsklassning, riskhantering och kontinuitetshantering. Däremot saknas dokumenterade rutiner för hantering och rapportering av informationssäkerhetsincidenter till styrelsen, liksom ett tillfredsställande och systematiskt genomförande av utbildnings- och uppföljningsinsatser.

¹ Skyddsvärd innebär att informationen är värd att skydda med hänsyn till vad konsekvensen av skadan blir om tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet röjs.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att arbetet hos Styrelsen för fastighet, stöd och service endast delvis är ändamålsenligt.

Med anledning av granskningen lämnade vi följande rekommendationer:

- Säkerställ fortsatt implementering av beslutade styrdokument som ingår i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD)
- Påtala behov av att rutin för hantering av informationssäkerhetsincident, upprättas och etableras i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD), till ansvariga.
- Säkerställ att organisationen är anpassad genom resurser och kompetens så att informationssäkerhetsarbetet har förutsättningar att vara systematiskt i enlighet med krav som ställs genom interna styrdokument och lagkrav.
- Vidta åtgärder för att höja deltagarantalet i grundutbildningar i syfte att säkerställa ett regelbundet genomförande.
- Säkerställa att uppföljning och rapportering av informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter sker med regelbundenhet.
- Säkerställ att ansvar för styrelsen och förvaltningschef upprätthålls i enlighet med dokumenterad ansvarsfördelning i interna styrdokument.
- Säkerställa att utbildning och informationsinsatser genomförs med högre grad av systematik så att insatser bidrar till en god säkerhetskultur inom informationssäkerhet.
- Säkerställa att ett uppföljningsarbete etableras som kan utgöra underlag för styrelsen i beslut om åtgärder för att stärka informationssäkerheten.

3.2 Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktig verksamhet i Västra Götalandsregionen

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån EY (Ernst och Young AB) på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) handlar kontinuitetshantering om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Med kontinuitetshantering kan verksamheter snabbare återhämta sig från och minska negativa konsekvenser av en inträffad händelse. En samhällsviktig verksamhet definieras som en samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden eller säkerhet. Samtliga nämnder, styrelser och regionägda bolag ska bedriva ett aktivt arbete med kontinuitetshantering i Västra Götalandsregionen. Brister i detta arbete kan få allvarliga konsekvenser för regionens förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet vid störningar, kriser och extraordinära händelser.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda styrelser har en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Syftet har också varit att bedöma om regionstyrelsen leder, samordnar och har uppsikt över Västra Götalandsregionens arbete med kontinuitetshantering på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att berörda styrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Arbetet bedrivs inte fullt ut i enlighet med den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering som gällt sedan 2023. Vidare saknas kontinuitetsplanering för flera kritiska aktiviteter i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rekommendationer. Vidare bedömer vi att regionstyrelsen i stort leder och samordnar Västra Götalandsregionens arbete på ett ändamålsenligt sätt, men att det saknas en tillräcklig uppsikt över övriga styrelserns arbete. Regionstyrelsen tar inte del av systematisk uppföljning av övriga granskade styrelserns arbete med kontinuitetshantering. Detta kan innebära att regionstyrelsen saknar en nulägesbild över beredskap, robusthet och befintlig kontinuitetshantering

för att kunna bedöma och besluta om en ändamålsenlig styrning av området och vidta åtgärder. Vi vill även särskilt lyfta behovet av en stärkt regionövergripande styrning av beredskapsdimensionering och krav gällande robusthet i kontinuitetshanteringen.

I granskningen av övriga berörda styrelser går det i flera fall inte att styrka att arbetet med kontinuitetshantering har utgått från en konsekvensanalys och riskbedömning. Det finns heller inte fullständiga kontinuitetsplaner kopplade till alla kritiska resurser och aktiviteter. I granskningen framkommer att vissa samhällsviktiga verksamheter saknar kontinuitetsplaner helt, vilket är en brist. Vi bedömer slutligen att arbetet behöver accelereras och prioriteras inom flera styrelser och verksamheter för att uppnå ett ändamålsenligt kontinuitetsarbete.

Följande rekommendationer lämnade vi med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att

- säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering
- säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner
- säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering.

Revisionen lämnade även två rekommendationer till regionstyrelsen.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

Uppföljning av följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten
- styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionen

4.1 Uppföljning av kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten

Revisionen granskade kritiska verksamhetssystem, mediaförsörjning – vatten 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

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

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dialog med förvaltningen. Uppföljningen visar avseende årlig uppföljning och uppdatering av kontinuitetsplaner att årlig kontroll och uppdatering av befintliga kontinuitetsplaner har införts och ingår i årshjulet enligt nytt koncept för kontinuitetshantering för Fastighet, stöd och service. Uppföljningen genomförs enligt rutin av utsedda ombud och ansvariga dokumentägare.

Vad gäller praktiska övningar på sjukhusnivå noterar revisionen att förvaltningen har testat att samöva praktiska övningar på sjukhusnivå, vilket kräver omfattande planering och förberedelser. Vidare framgår att genomförda riskbedömningar, utförda av chefsläkare i samverkan med kritiska vård funktioner såsom intensivvårdsavdelning (IVA), akutmottagning och operation, visar att skarpa praktiska övningar på

sjukhusnivå inte är möjliga att genomföra. Riskerna bedöms överstiga nyttan av att öva och detta utgör ett medicinskt beslut som driften inte kan påverka.

Revisionen noterar även att krisledningsfunktioner från driften, förvaltningsledningen för Fastighet, stöd och service samt särskild sjukvårdsledning har genomfört simuleringsövningar tillsammans på sjukhusnivå.

När det gäller utbildning och dokumentation noterar revisionen att genomförda utbildningar, både interna och externa, dokumenteras lokalt vid respektive driftenhet. Samtidigt framgår att det saknas ett övergripande system för dokumentation av externa utbildningar. Revisionen noterar vidare att ett sådant system är under utveckling inom Västra Götalandsregionen, där pilotverksamhet pågår med syfte att möjliggöra dokumentation av samtliga genomförda utbildningar.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna.

Rekommendationerna avseende årlig uppföljning och uppdatering av kontinuitetsplaner samt avseende praktiska övningar bedöms vara omhändertagna. Rekommendationen avseende dokumentation av utbildningar kvarstår för fortsatt uppföljning.

4.2 Styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionen

Revisionen granskade styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionen 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och mandat är tydliga i investeringsprocessen.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dialog med förvaltningen. Uppföljningen visar att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställda investeringsprocess efter införandet av behovsanalys.

Vidare framkommer att underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv. Lokalbehovsplaner, både för enskilda verksamheter och samlat, utgör en viktig del i planeringen av fastighetsinvesteringar.

När det gäller organisation, roller och mandat i investeringsprocessen beaktas dessa i det löpande arbetet med ständiga förbättringar. Styrelsen för fastighet, stöd och service ansvarar för att vägleda styrelser i projektarbete i enlighet med beslutad projektmodell, där en del är att medverka till tydlighet och beslut vad gäller organisation, roller och mandat.

4.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna.

Rekommendationerna avseende att investeringsprojekt följer fastställd investeringsprocess samt att ändamålsenliga underlag finns framtagna bedöms vara omhändertagna. Rekommendationen avseende att säkerställa tydlighet i organisation, roller och mandat i investeringsprocessen bedöms ännu inte vara fullt ut omhändertagen och kvarstår för fortsatt uppföljning.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för folkhögskolorna

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för folkhögskolorna – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00097

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Waisuddin Sadry och Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Bo-Lennart Bäcklund

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
Revisionens uppdrag.....	6

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning

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

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

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

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Folktandvården

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Folktandvården – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: REV 2025–00089

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Martin Andersson och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Anne-Lie Sundling

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	7
Revisionens uppdrag.....	8

Bilaga 1: Rapport Granskning av offentlighet och sekretess

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- offentlighet och sekretess (fördjupad granskning)

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

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av offentlighet och sekretess. Inget svar	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att en uppdaterad arkivförteckning upprättas och hålls aktuell i enlighet med gällande regelverk (2025). - Rekommendationen följs upp 2026.

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Fördjupad granskning

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

3.1 Offentlighet och sekretess

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Rapporten finns i bilaga 1. Offentlighetsprincipen syftar till att garantera allmänhetens och massmedias insyn i offentliga verksamheter, bland annat genom rätten att ta del av allmänna handlingar. En korrekt tillämpning av regler för offentlighet och sekretess i regional verksamhet (nämnder, styrelser och bolag) är en grundläggande del av den demokratiska kontrollen och en viktig rättighet för medborgarna. Mot denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en granskning av offentlighet och sekretess inom styrelsen för Folktandvården.

Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen för Folktandvården har en ändamålsenlig hantering av allmänna handlingar som säkerställer rätten att ta del av allmänna handlingar.

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

Bedömningen är att styrelsen för Folktandvården har tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar. Granskningen visar att det finns en organisation, rutiner och utbildningar som ger goda förutsättningar för att hantera allmänna handlingar på rätt sätt.

Vidare är bedömningen att styrelsen har upprättat obligatoriska dokument i enlighet med gällande regelverk, och vi noterar att de dokument vi granskat huvudsakligen är aktuella, det saknas dock en uppdaterad arkivförteckning. Avsaknaden innebär att insyn och sökbarhet i arkivet inte fullt ut kan säkerställas i enlighet med lagens krav.

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

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa att en uppdaterad arkivförteckning upprättas och hålls aktuell i enlighet med gällande regelverk

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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

Bilaga 1: Granskning av offentlighet och sekretess – styrelsen för Folktandvården

Utgångspunkter för granskningen

Bakgrund

Offentlighetsprincipen syftar till att garantera allmänhetens och massmedias insyn i offentliga verksamheter, bland annat genom rätten att ta del av allmänna handlingar. En korrekt tillämpning av regler för offentlighet och sekretess i regional verksamhet (nämnder, styrelser och bolag) är en grundläggande del av den demokratiska kontrollen och en viktig rättighet för medborgarna. Mot denna bakgrund har revisionen beslutat att genomföra en granskning av offentlighet och sekretess inom styrelsen för Folktandvården.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrelsen för Folktandvården har en ändamålsenlig hantering av allmänna handlingar som säkerställer rätten att ta del av allmänna handlingar.

Med ändamålsenlig hantering menas att det finns rutiner och arbetssätt avseende inkommande och upprättade handlingar, registrering av handlingar samt utlämnande av handlingar.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

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

Avgränsning

Granskningen omfattar främst styrelsens centrala hantering, registrering och utlämnande av handlingar och inte hanteringen av handlingar på tandvårdskliniker. Vissa av revisionens intervjufrågor har dock avsett styrelsens sammantagna regelverk för hantering av handlingar.

Revisionskriterier

Revisionskriterier i granskningen utgörs av valda delar i tryckfrihetsförordningen, offentlighets- och sekretesslagen, arkivlagen, regionens regelverk inom området samt styrelsens delegeringsordning.

Metod

Granskningen har genomförts genom intervju med företrädare för verksamheten och dokumentgranskning.

Granskningens resultat

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

Styrelsen ska, utifrån sitt arkivansvar, se till att det finns en ansvarsfördelning avseende hanteringen av allmänna handlingar och arkiv. I detta ingår att besluta om en arkivorganisation genom att utse en eller flera arkivansvariga och en eller flera arkivredogörare. Allmänna handlingar ska registreras i ett diarium så snart de har kommit in eller upprättats hos myndigheten om det inte är uppenbart att de är av ringa betydelse för myndighetens verksamhet.¹

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

¹ Föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 2 kap. 6§, 4 kap. 21§, Anvisning Tillämpning av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering 2 kap, s. 14–15 (RS 2018–01178)

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

En allmän handling som får lämnas ut ska på begäran lämnas ut genast eller så snart det är möjligt till den som önskar på stället (det vill säga på plats hos myndigheten). Den som önskar har rätt att mot en fastställd avgift få en avskrift eller kopia av en allmän handling till den del handlingen får lämnas ut. En begäran att få en avskrift eller kopia av en allmän handling ska behandlas skyndsamt.³

Organisation och resurser

Av arkivorganisationen framgår ansvars- och rollfördelningen för arkiv- och informationshantering. Styrelsen är ytterst ansvarig men har delegerat uppdraget till tandvårdsdirektören, som i sin tur kan vidaredelegera vissa frågor. Delegering och omfattning beskrivs årligen i delegeringsordningen för styrelsen för Folktandvården.

Tandvårdsdirektören beslutar om arkivorganisation och förändringar i denna, samt utser arkivansvarig, huvudarkivredogörare och arkivredogörare. Funktionen som arkivansvarig innehas av kvalitets- och utvecklingschefen, huvudarkivredogörare är utvecklingsledare för arkiv- och informationshantering och på enhets- och kliniknivå är det enhetschefer respektive klinikkoordinatorer som har rollen som arkivredogörare.

Vid intervjun framkom att flera personer, utöver de som anges i arkivorganisationen, delar på uppgifter inom arkiv- och informationshantering parallellt med sina ordinarie arbetsuppgifter. För dessa roller finns ingen formellt utsedd backup. Även om tillfälliga lösningar har förekommit, saknas en etablerad ordning, vilket gör verksamheten sårbar vid frånvaro eller sjukdom.

De intervjuade uppgav att Folktandvården under de senaste två åren har genomfört utbildningsinsatser i informations- och dokumenthantering i SOFIA⁴. Nyanställda får ett introduktionspaket och genomgår en regional obligatorisk webbutbildning i offentlighet och sekretess i lärportalen. Det finns även skriftlig information att ta del av, och varje chef ansvarar för att informera nyanställda om gällande rutiner. Enligt intervjuade personer har dessa insatser bidragit till ökad medvetenhet och förbättrad efterlevnad, men kunskapsnivån varierar fortfarande eftersom organisationen är stor och spridd med många chefer och kliniker med olika förutsättningar. Det finns ingen färdig översiktsplan för fortsatt kompetensutveckling, det ska dock tas fram.

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

⁴ SOFIA står för Samarbete och Förvaring i Arkiv. SOFIA är Västra Götalandsregionens IT-stöd för digital dokumenthantering.

Hantering och registrering av allmänna handlingar

Arbetet följer regiongemensamma riktlinjer. Vid intervjun framkom att handlingar vanligtvis inkommer via förvaltningsbrevlådan, vilken hanteras av en koordinator vid Folktandvårdens kommunikationsavdelning som kontrollerar den minst en gång per arbetsdag. Därutöver används funktionsbrevlådor kopplade till specifika verksamheter eller uppdrag, och i vissa fall personliga brevlådor beroende på roll och ansvar. Handlingar kan också inkomma via webbplatsens kontaktformulär eller som papperspost, även om detta är mindre vanligt. När det gäller kommunikation som rör kliniker hanteras den i stället via klinikernas kontaktvägar, vanligen av klinikchefer.

En stor del av handlingarna upprättas även internt inom organisationen. Vanligtvis sparas de i mellanarkivet SOFIA via samarbetsytor i SharePoint, vilket gör dem till allmänna handlingar. Medarbetarna ansvarar själva för registreringen, men områdessekreterare bistår vid behov eftersom inte alla har behörighet. Det finns ingen särskild registratorsfunktion; mer komplexa ärenden hanteras i stället av erfarna medarbetare.

Diarieföring sker i regionens ärendehanteringssystem Public 360. Vid intervjun framkom att anställda ska handlägga sina egna ärenden. Tjänsten med diarieservice omfattar att skapa ärenden (diarienummer), kvalitetskontroll och stöd men inte registrering av ärenden och händelser. De aktlägger dock pappershandlingar (original) tillhörande ett ärende.

Majoriteten av handlingarna registreras i mellanarkivet⁵, medan en mindre andel diarieförs. Volymerna i diariet har minskat jämfört med föregående år, vilket bland annat förklaras av att flera handlingar läggs under samlingsärenden, exempelvis återkommande verksamhetsrapporter till styrelsen. Samtidigt har volymerna i mellanarkivet SOFIA ökat genom både nyregistrering och efterregistrering.

Hantering av anställdas post och e-post vid frånvaro

Vid intervjun framkom att receptionen i Regionens hus informerar berörd medarbetare via e-post när personadresserad post anländer. Tidigare användes fullmakt för att öppna post vid frånvaro, men detta tillämpas inte längre. Den fysiska postmängden är numera begränsad.

⁵ Ett mellanarkiv i Västra Götalandsregionen är en tillfällig förvaringsplats för allmänna handlingar som inte längre behövs i den dagliga verksamheten men ännu inte ska gallras eller levereras till Regionarkivet. Handlingarna är fortfarande allmänna och, om de är diarieförda, ska de kunna spåras via diariet.

När det gäller e-post påminns personal inför semestrar om att lägga in autosvar med hänvisning till funktionsbrevlådor eller kollegor i tjänst. På intranätet publiceras regelbundet checklistor och anvisningar inför ledigheter.

Kravet på att dagligen kontrollera e-post och hantera allmänna handlingar framgår av introduktionsutbildningen samt av informationen om regionala rutiner på intranätet. Efterlevnaden är dock svår att bedöma. För att undvika handläggningsproblem vid frånvaro kan medarbetare enligt regionala rutiner ge en kollega behörighet att ta emot eller hantera e-post, exempelvis som ombud. Lokala rutiner kan även förekomma på kliniknivå beroende på verksamhetens behov och förutsättningar.

En ny rutin för posthantering är under framtagande, men är inte fastställd vid tiden för granskningen.

Hantering av sekretessbelagda uppgifter/handlingar

Vid intervjun framkom att regionala rutiner följs för hantering av sekretessbelagda handlingar. Klinikerna kan vid behov komplettera dessa med lokala anvisningar utifrån verksamhetens förutsättningar. Sekretess gäller främst journalhandlingar, personuppgifter, upphandlingar samt uppgifter om verksamhetens affärs- och driftförhållanden, med särskild hänsyn till konkurrenssituationen. 75 procent av Folk tandvårdens verksamhet är konkurrensutsatt vilket medför specifika krav på transparens och konkurrensmässiga förutsättningar.

Sekretessbelagda uppgifter hanteras i stor utsträckning av klinikerna, framför allt när det gäller journalhandlingar. Klinikerna har tillgång till stödmaterial samt dataskyddssamordnare vid behov, särskilt i mer komplexa fall. Intern hantering mellan kliniker inom Folk tandvården omfattas inte av sekretess, men samtycke krävs om en annan region begär uppgifter.

Sekretessbelagda handlingar behörighetsklassas i systemen SOFIA och diariet, och åtkomst är behörighetsstyrd. För fysisk förvaring används kassaskåp.

Det framkom också att det saknas samlad kontroll och gemensamma rutiner för registrering och förvaring av sekretessbelagda handlingar. Hanteringen är personberoende och överblicken begränsad. Vissa handlingar registreras i mellanarkivet, medan andra kan förvaras i personliga mappar eller skåp, och märkningen är inte enhetlig. Även om sådana handlingar är få, finns behov av tydligare interna rutiner, ökad kunskap och stärkt kontroll.

Utlämnande av allmänna handlingar

Allmänheten kan söka i styrelsens diarium genom regionens tjänst Hitta i diariet. De intervjuade uppger att utlämnande av allmän handling kan ske på flera sätt, antingen via mejl, telefonsamtal eller på plats, i enlighet med regional rutin.

Begäran om handlingar sker oftast digitalt eller via telefon och i mindre utsträckning på plats. Vid utlämnande provas sekretess; offentliga delar lämnas ut medan sekretessbelagda uppgifter maskas eller undantas med hänvisning till aktuellt lagrum. Mottagaren informeras om vilka delar som undanhålls samt om rätten till ett skriftligt beslut. Samma princip gäller vid digitala utlämnanden.

I granskningen har vi stämt av med arkivhandläggare att styrelsen har mottagit flera begäranden om utlämnande av allmänna handlingar under perioden juni 2024-juni 2025. En särskild rutin för utlämnande av allmän handling finns för styrelsen.

Handläggaren ansvarar för att i första hand pröva utlämnandet av allmänna handlingar. Om handlingarna innehåller sekretessbelagda uppgifter anger delegationsordningen vem som får fatta beslut om avslag.

Endast begäranden som avser utlämnande med sekretess eller med förbehåll diarieförs, i enlighet med informationshanteringsplanen där hanteringen är bestämd regionalt. Begäranden som gäller offentliga handlingar hanteras av handläggaren, medan begäranden om journalkopior hanteras av respektive klinik. När det gäller avgifter kan dessa tas ut enligt regionens taxa, men detta sker sällan.

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

I styrelsens arkivansvar ingår även att se till att verksamhetens handlingar bevaras, hålls ordnade och vårdas så att rätten att ta del av allmänna handlingar kan tillgodoses. För att möjliggöra detta ska följande dokument upprättas, beslutas och hållas aktuella⁶:

- arkivorganisation
- klassificeringsstruktur
- dokumenthanteringsplan
- arkivbeskrivning

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

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

Regionens anvisning för tillämpning av föreskrifter och riktlinjer om arkiv och informationshantering⁷ konkretiserar vad som ska framgå av respektive dokument.

Granskningen visar att samtliga dokument utom arkivförteckning har tagits fram och är aktuella. Vi har även noterat att det, utöver de styrande dokumenten, finns kompletterande interna rutiner och anvisningar inom området.

Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen för Folkvandvården har tillräckliga rutiner och arbetssätt som säkerställer allmänhetens rätt att ta del av allmänna handlingar. Granskningen visar att det finns en organisation, rutiner och utbildningar som ger goda förutsättningar för att hantera allmänna handlingar på rätt sätt. Revisionen ser positivt på Folkvandvårdens utbildningsinsatser i informations- och dokumenthantering, som har ökat medvetenheten och förbättrat efterlevnaden. Det finns ingen färdig översiktsplan för fortsatt kompetensutveckling, det ska dock tas fram.

Revisionen anser att det är viktigt att styrelsen säkerställer att regionens riktlinje för användande av e-post följs.

Revisionen bedömer att styrelsen har upprättat obligatoriska dokument i enlighet med gällande regelverk, och vi noterar att de dokument vi granskat huvudsakligen är aktuella, det saknas dock en uppdaterad arkivförteckning. Avsaknaden innebär att insyn och sökbarhet i arkivet inte fullt ut kan säkerställas i enlighet med lagens krav.

Enligt Arkivlagen (1990:782) 6 § samt föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering i Västra Götalandsregionen 4 kap. 18 § ska varje myndighet upprätta en arkivförteckning som visar vilka handlingar som finns bevarade, vilken tid de omfattar och var de är placerade. Avsaknaden innebär att insyn och sökbarhet i arkivet inte fullt ut kan säkerställas.

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

⁷ Anvisning Tillämpningen av föreskrifter och riktlinjer om arkiv- och informationshantering
Diarienummer: RS 2018-01178 och AN-4962/17

Rekommendationer

Revisionen rekommenderar styrelsen för att

- säkerställa att en uppdaterad arkivförteckning upprättas och hålls aktuell i enlighet med gällande regelverk.



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00091

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Per Waborg

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
Revisionens uppdrag.....	7

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- granskning av räkenskaper

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

1.1 Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. För 2025 lämnar revisionen inga rekommendationer.

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Habilitering & Hälsa

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Habilitering & Hälsa – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025-00087

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Peder Welin

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Björn Brogren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Uppföljning av tidigare rekommendationer	6
Revisionens uppdrag.....	10

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- uppföljning av rekommendationer.

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

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Vi noterar att styrelsen i årets resultat uppvisar ett resultat på minus 4 miljoner kronor vilket

styrelsen planerar att återbetala under 2026. Vi bedömer inte att avvikelserna är väsentliga.

2.3 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

3.1 Uppföljning av beslut fattade på delegation från styrelsen

Revisionen granskade beslut fattade på delegation från styrelsen 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen, revisionen rekommenderar styrelsen för Habilitering & Hälsa att:

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

Vi har i år följt upp rekommendationen genom protokollsgranskning. Uppföljningen visar att styrelsen har omhändertagit och utvecklat sitt arbete med delegeringsbeslut. Relevanta mallar och rutiner för ärendeberedning och delegeringsbeslut följs och beslutsunderlagen bedöms enligt våra iakttagelser vara korrekt utformade.

3.1.1 Bedömning

Vi bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationen.

3.2 Uppföljning av samordnade insatser för barn och unga

Revisionsenheten granskade tillsammans med Stadsrevisionen Göteborgs Stad under 2023 samverkan kring barn och unga. Syftet med granskningen var att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn och unga som bedömts ha behov av samordnade insatser, med fokus på samordnade individuella planer (förkortas fortsättningsvis SIP). Granskningen har omfattat grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Utbildningsnämnden.

Vår bedömning var att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis hade säkerställt en ändamålsenlig samverkan. Utifrån granskningen lämnades följande rekommendationer, revisionen rekommenderar styrelsen att:

- stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.
- stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.
- arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi har i år följt upp hur styrelsen för Habilitering & Hälsa har arbetat för att omhänderta granskningens rekommendationer. Utgångspunkten för uppföljningen har varit de planerade och vidtagna åtgärder som nämnden beskrev i sitt yttrande från 2024. Vi har även ställt kompletterande skriftliga frågor till förvaltningen under 2025.

3.2.1 Åtgärder har vidtagits för stärkt styrning och uppföljning

I styrelsen för Habilitering & Hälsas yttrande 2024 angavs att en arbetsgrupp fanns tillsatt för att ta fram en handlingsplan för att utveckla styrning, uppföljning och arbetssätt avseende SIP i enlighet med regelverk.¹ Arbetsgruppen återrappporterade sitt arbete på styrelsens sammanträde i november 2024 med föreslagna åtgärder för stärkt styrning och uppföljning.

I uppföljningen 2025 framkommer i styrelsens yttrande att den för ändamålet dedikerade arbetsgruppen arbetat vidare med att utveckla styrning och stärka uppföljningen i enlighet med regelverk.² Styrelsens bedömning är att arbetet med SIP upplevs som väl integrerat, men att introduktionen fortsatt behöver stärkas liksom behovet av att säkerställa kontinuerlig uppdatering av kunskapen bland medarbetarna.

¹ Protokoll från styrelsen för Habilitering & Hälsa, 2024-05-16, § 34, Yttrande avseende granskning av samordnade insatser för barn och unga. Diarienummer H&H 2023-00533.

² Protokoll från styrelsen för Habilitering & Hälsa 2025-05-20, § 27, Uppföljning av rekommendationer om samordnade insatser för barn och unga, svar till frågor. Diarienummer H&H 2023-00533.

Det finns SIP-samordnare utsedda i verksamheterna och arbetet med det uppdraget är under utveckling. Enligt yttrandet har kuratorerna ett uppdrag att överföra information och kunskap på sina respektive mottagningar, då alla professioner behöver ha uppdaterad kunskap för att arbeta med SIP enligt gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner. På yrkesträff för samtliga kuratorer kommer SIP och sammanhängande förbättringsåtgärder vara ett tema och gås igenom med syfte att ytterligare stärka följsamhet till regelverket. För att uppnå ökad kunskap om SIP och riktlinjer kommer ämnet att ingå i introduktion för nyanställda. Verksamhetens kuratorer har uppdraget att utforma introduktionen.

När det gäller uppföljning av SIP har arbetsgruppen identifierat åtgärder som kan stärka uppföljningen. Exempelvis vikten av att på själva SIP-mötet sammanfatta mötet, vilket ligger till grund för ett tydligt SIP-protokoll, samt att tydliggöra nödvändigheten av uppföljning efter mötet. Men även behovet av att dokumentera muntliga samtycken från inblandade barn- och unga. En ytterligare åtgärd som behöver utvecklas är att säkra korrekt kodning av genomförda möten för samordnad individuell plan för att möjliggöra uppföljning. Korrekt kodning bedöms av förvaltningen vara hanterat under hösten 2025 för att möjliggöra datauttag under 2026.

Avvikelser kopplat till SIP följs upp och hanteras i systemet MedControl PRO och på respektive mottagning i verksamheten. Avvikelser av allvarlig karaktär hanteras av förvaltningens patientsäkerhetsgrupp. Förvaltningen följer antal rapporterade avvikelser som handlar om SIP och har i sitt yttrande 2025 angett ett flertal orsaker till avvikelser.

Styrelsen kommer med hänsyn till ovanstående få kontinuerliga rapporter om arbetet med SIP baserat på den handlingsplan som förvaltningen tagit fram och arbetar enligt. Detta kommer även följas i förvaltningsledningen.

3.2.2 Utmaningar kvarstår vad gäller digital samverkansyta

Vad gäller rekommendationen att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta har det i styrelsens yttrande 2024 framkommit att en gemensam digital samverkansyta blir möjlig först då vårdinformationssystemet Millennium är infört. Samt att ett gemensamt dokumentationssystem ökar möjligheterna att på ett sammanhållet, patientsäkert och effektivt sätt samordna insatser för barn och unga.

I styrelsens yttrande 2025 anges att i och med det pausade införandet av Millennium har de för avsikt att påbörja arbetet med att införa samverkansytan SAMSA i verksamheterna. Utvecklingschefen har fått i

uppdrag att utreda förutsättningarna för införandet och intentionen är att kunna ansluta under 2026 för en bättre och säkrare kommunikation.

Vi kan i våra sammanvägda iakttagelser av granskade nämnder och styrelser konstatera att det i övrigt inte har skett några väsentliga framsteg i denna fråga sedan granskningen genomfördes 2023. Faktum kvarstår att en ökad och bredare användning av SAMSA avseende SIP för barn och unga hindras av att flertalet verksamheter inte använder sig av systemet. Hälso- och sjukvårdens verksamheter inom Västra Götalandsregionen har inväntat införandet av det nya informationshanteringssystemet (Millennium) och därmed tillhörande programvara för samverkan med kommuner (SAMvy). Efter pausat införande och därmed oklarhet i vad som kommer ske framöver påverkas även möjligheterna att införa SAMvy som gemensam it-tjänst. Till dess att SAMvy finns på plats är det fortfarande SAMSA som utgör den it-tjänst som ska användas. Dock visar vår uppföljning, precis som vår granskning 2023, att inte alla verksamheter använder SAMSA.

Det tycks som att frågan om SAMSA i hög grad är en lednings- och styrfråga där det saknas gemensamt fattade beslut och även saknas forum som kan besluta om att samtliga berörda ska införa och arbeta i en gemensam it-lösning, oavsett vilken denna är. Temagruppen inom vårdsamverkan har inte detta mandat, utan respektive linjeorganisation måste fatta dessa beslut.

Vi uppmanar därför samtliga nämnder och styrelser att fortsatt verka för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

3.2.3 Bedömning

Vi bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationerna. Vi vill dock understryka vikten av att styrelsen fortsätter arbetet för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Hälsan och Stressmedicin

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Hälsan och Stressmedicin – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00088

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Thomas Vilhelmsson och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Gun Alexandersson Malm

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Uppföljning av tidigare rekommendationer	7
Revisionens uppdrag.....	9

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- uppföljning

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

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Styrelsens arbete med informationssäkerhet Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att arbetet avseende informationsklassning, riskhantering och kontinuitetsplanering bedrivs i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet och dataskydd (2024). Revisionen rekommenderar styrelsen att årligen följa upp informations-säkerhetsarbetet i enlighet med regionens riktlinjer (2024).

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

3.1 Uppföljning av granskning av styrelsens arbete med informationssäkerhet

Revisionen granskade styrelsens arbete med informationssäkerhet 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

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

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dialog med förvaltningen och dokumentgranskning.

Uppföljningen visar att när det gäller rekommendationen om att fastställa en dokumenterad organisation för informationssäkerhetsarbetet har en dokumenterad organisation tagits fram och tillämpas i verksamheten. Organisationen är fastställd av förvaltningschef och roller och ansvar beskrivs i en riktlinje för systematiskt säkerhetsarbete.

När det gäller rekommendationen om informationsklassning, riskhantering och kontinuitetsplanering enligt regionens riktlinjer pågår arbete inom två huvudsakliga delar. Arbetet med förteckning, informationsklassning, utpekande av informationsägare och riskhantering bedrivs tillsammans med intern konsult från Enheten för säkerhet och beredskap. Parallellt pågår arbete med kontinuitetsplanering för verksamhetens egna system (J4) i en intern arbetsgrupp, med stöd av intern konsult. Arbetet har utvecklats under året men är ännu inte färdigställt. Slutförande planeras under 2026.

När det gäller rekommendationen om att årligen följa upp informationssäkerhetsarbetet i enlighet med regionens riktlinjer visar uppföljningen att förvaltningen arbetar enligt regionens ledningssystem och använder ett årshjul för det systematiska säkerhetsarbetet. Det framgår dock inte att informationssäkerhetsarbetet har följts upp årligen på ett samlat och dokumenterat sätt i enlighet med regionens riktlinjer.

3.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna.

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen om att fastställa en dokumenterad organisation för informationssäkerhetsarbetet.

När det gäller rekommendationerna om informationsklassning, riskhantering, kontinuitetsplanering samt årlig uppföljning bedöms arbetet ha påbörjats men ännu inte vara fullt ut genomfört. Dessa rekommendationer kvarstår.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för kulturutveckling

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för kulturutveckling – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025-00095

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand och Emma Sandell till och med juli 2025. Peder Welin och Otilia Bergsten från och med juli 2025.

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Björn Brogren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

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

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- uppföljning av rekommendationer.

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

1.1 Rekommendationer

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

lämnar till styrelsen i år eller som vi har lämnat tidigare år och som kvarstår.

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av styrelsens arbete med krisberedskap	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att riskbedömningar uppdateras årligen (2024).
Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att införa regelbundna övningar för att säkerställa att katastrofplanerna fungerar och för att förbereda personalen för olika krissituationer (2024).

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Däremot noterar vi att styrelsen tagit över driften av kafé på Vitlycke museum efter en mögelskada i lokalerna. Det råder osäkerhet kring om verksamheten faller inom den kommunala kompetensen. Vi uppmanar därför styrelsen att säkerställa att lösningen inte permanentas innan en sådan kartläggning har gjorts.

2.2 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Vi noterar däremot att Studio Västsvensk Konservering bidrar negativt till styrelsens resultat även i år. Trots detta redovisar styrelsen ett positivt resultat på helåret på drygt en miljon kronor. Frågan om en lösning för huvudmannaskapet för denna verksamhet åligger regionstyrelsen att omhänderta. Styrelsen för kulturutveckling ska ansvara för verksamheten fram till dess att ny huvudman utsetts och uppdraget ryms för närvarande inte inom styrelsens reglemente. Studio Västsvensk Konserverings underskott har tidigare år hanterats av regionstyrelsen.

2.3 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister eller avvikelser.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

3.1 Uppföljning av styrelsens arbete med krisberedskap

Revisionen granskade styrelsens arbete med krisberedskap 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för kulturutveckling att

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

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dialog med förvaltningen. Uppföljningen visar att förvaltningen har infört rutiner för riskbedömningar som ingår i årshjulet. Det finns planer på att införa en säkerhetsmodul i Plan & styr, men det finns inget tidsperspektiv på när det sker.

När det gäller övningar har en övning kopplad till brand och utrymning planerats att hållas i början av 2026 tillsammans med räddningstjänsten. Faller den övningen väl ut så är tanken att köra liknande upplägg på övriga enheter också. Förvaltningen överväger också en övning kring längre strömavbrott samt eventuellt en mindre övning i pågående dödligt våld.

3.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen delvis har tagit hand om rekommendationerna. Rekommendationerna kvarstår. Vi ser att det pågår ett relevant arbete gällande frågan, men vill se att övningar genomförs och planeras regelbundet.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för logistik

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för logistik – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: REV 2025-00063

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Martin Andersson

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Bo-Lennart Bäcklund

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	7
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	9
Revisionens uppdrag.....	9

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning

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

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av servicetjänster som sker nära vården - Måltidsservice på vårdenhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det sammantagna ansvaret för Måltidsservice på vårdenhet tydliggörs i överenskommelser (2024). Ingen uppföljning 2025.
Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktig verksamhet i Västra Götalandsregionen (2025) Svar 26 juni 2026	Revisionen rekommenderar styrelsen att: säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering. säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner. säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering.

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Fördjupad granskning

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

3.1 Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktig verksamhet i Västra Götalandsregionen

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån EY (Ernst och Young AB) på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) handlar kontinuitetshantering om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Med kontinuitetshantering kan verksamheter snabbare återhämta sig från och minska negativa konsekvenser av en inträffad händelse. En samhällsviktig verksamhet definieras som en samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden eller säkerhet. Samtliga nämnder, styrelser och regionägda bolag ska bedriva ett aktivt arbete med kontinuitetshantering i Västra Götalandsregionen. Brister i detta arbete kan få allvarliga konsekvenser för regionens förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet vid störningar, kriser och extraordinära händelser.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda styrelser har en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Syftet har också varit att bedöma om regionstyrelsen leder, samordnar och har uppsikt över Västra Götalandsregionens arbete med kontinuitetshantering på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att berörda styrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Arbetet bedrivs inte fullt ut i enlighet med den regiongemensamma riktlinjen för

kontinuitetshantering som gällt sedan 2023. Vidare saknas kontinuitetsplanering för flera kritiska aktiviteter i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rekommendationer. Vidare bedömer vi att regionstyrelsen i stort leder och samordnar Västra Götalandsregionens arbete på ett ändamålsenligt sätt, men att det saknas en tillräcklig uppsikt över övriga styrelser arbete. Regionstyrelsen tar inte del av systematisk uppföljning av övriga granskade styrelser arbete med kontinuitetshantering. Detta kan innebära att regionstyrelsen saknar en nulägesbild över beredskap, robusthet och befintlig kontinuitetshantering för att kunna bedöma och besluta om en ändamålsenlig styrning av området och vidta åtgärder. Vi vill även särskilt lyfta behovet av en stärkt regionövergripande styrning av beredskapsdimensionering och krav gällande robusthet i kontinuitetshantering.

I granskningen av övriga berörda styrelser går det i flera fall inte att styrka att arbetet med kontinuitetshantering har utgått från en konsekvensanalys och riskbedömning. Det finns heller inte fullständiga kontinuitetsplaner kopplade till alla kritiska resurser och aktiviteter. I granskningen framkommer att vissa samhällsviktiga verksamheter saknar kontinuitetsplaner helt, vilket är en brist. Vi bedömer slutligen att arbetet behöver accelereras och prioriteras inom flera styrelser och verksamheter för att uppnå ett ändamålsenligt kontinuitetsarbete.

Följande rekommendationer lämnade vi med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att

- Säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering
- Säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner
- Säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering.

Revisionen lämnade även två rekommendationer till regionstyrelsen.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer. När detta händer följer vi i regel upp det nästa år. Styrelsen har en rekommendation från 2024 avseende att säkerställa att det sammantagna ansvaret för Måltidsservice på vårdenhet tydliggörs i överenskommelser. Rekommendationen har inte följts upp under 2025.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för naturbruk

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för naturbruk – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00098

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorerna: Rickard Johansen och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Carina Gustavsson

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
Revisionens uppdrag.....	6

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning

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

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

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

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för NU-sjukvården

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för NU-sjukvården – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025-00077

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Charlotte Nätstrand, till och med juli 2025, Ottilia Bergsten, från och med september, och Peder Welin

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Anne-Lie Sundling och Sven Liljegren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	12
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	14
Revisionens uppdrag.....	17

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- god ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans (fördjupad granskning)
- uppföljning av rekommendationer.

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

Vi ser vissa brister i styrelsens arbete med åtgärder för att nå en ekonomi i balans. NU-sjukvården har en god tillgänglighet och över lag en väl fungerande verksamhet. Men åtgärder hade behövt vidtas för en god

ekonomisk hushållning. De ekonomiska utmaningar som verksamheten står inför kräver ett systematiskt åtgärdsarbete, men styrelsen har inte fattat nödvändiga beslut som möjliggör åtgärder för en ekonomi i balans. Årets resultat blir minus 141 miljoner kronor.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av god ekonomisk hushållning Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att åtgärder för verksamhet och ekonomi i balans återrapporteras till styrelsen (2025).

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

Revisionen har översiktligt granskat hur styrelsen har genomfört sitt uppdrag och arbetat med regionfullmäktiges mål och fokusområden. Vi har även granskat styrelsens beslutsfattande. Vi har även under året följt upp tidigare års rekommendationer som berör verksamheten, se nedan avsnitt 4. Uppföljningarna berör styrelsens arbete och redovisning av regionfullmäktiges mål och fokusområden, barn- och ungdomspsykiatri, samt styrelsens arbete med bemannings- och kapacitetsplanering.

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Vi noterar att NU-sjukvården under året har uppnått en förbättrad tillgänglighet enligt vårdgarantin samt att produktionen sker i huvudsak enligt eller över plan.

2.2 Ekonomi

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

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering. Området har även granskats inom den fördjupade granskningen God ekonomisk hushållning - ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans, se avsnitt 3.1.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrelsens arbete med åtgärder för en ekonomi i balans. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.2.1 Resultat: NU-sjukvården lyckas inte nå en ekonomi i balans 2025

Styrelsen ska enligt sitt reglemente anpassa verksamheten så att den bedrivs inom de ekonomiska ramarna som har beslutats av den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.¹ Styrelsen ska därmed bidra till god ekonomisk hushållning och vidta åtgärder om de ekonomiska målen inte uppnås.

I NU-sjukvårdens detaljbudget för 2025 beräknades den ekonomiska utmaningen för året till 90 miljoner kronor. Vi kan i årets granskning konstatera att redan i inledningen av 2025 hade NU-sjukvården ekonomiska utmaningar och i januari 2025 uppgick underskottet till 25 miljoner kronor. Styrelsen uppnådde därmed inte regionfullmäktiges uppmaning riktad till samtliga sjukhusstyrelser att säkerställa genomförande av åtgärder för att nå en ekonomi i balans vid ingången av 2025.²

Styrelsen har under det fortsatta året inte lyckats nå en ekonomi i balans och 2025 avslutades enligt årsredovisningen med ett resultat på minus 141 miljoner kronor, vilket motsvarar en negativ budgetavvikelse på 141 miljoner kronor (2,2 procent av styrelsens budget).

Detta är inte i enlighet med policy för styrning i Västra Götalandsregionen som anger att styrelsen ska planera sin verksamhet utifrån givna uppdrag och resurser.³

Under året har den ekonomiska utvecklingen i övrigt sett ut som följer.

I delårsbokslut april rapporterar styrelsen för NU-sjukvården om ett resultat på minus 101 miljoner kronor, en budgetavvikelse på minus 60

¹ Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården, antaget av regionfullmäktige 27 februari 2024, § 18, (RS 2023-01583).

² Regionfullmäktiges beslut 17 juni 2024 § 137, Delårsrapport april 2024 för Västra Götalandsregionen (RS 2024-02499)

³ Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026 (RS 2023–06348).

miljoner kronor, samt en prognos för resultatet på helår på minus 135 miljoner kronor (motsvarande 2,1 procent av budgeten).

I delårsbokslut augusti rapporterar styrelsen ett resultat på minus 32 miljoner kronor, en budgetavvikelse på minus 94 miljoner kronor, och en något försämrad prognos för resultatet för helår om minus 145 miljoner kronor (motsvarande 2,3 procent av budgeten).

I Västra Götalandsregionens delårsrapporter per april och augusti 2025 noterar regionfullmäktige i sina beslut att samtliga sjukhusstyrelser prognosticerar negativ budgetavvikelse.⁴ Regionfullmäktige uppmanar dessutom berörda styrelser att öka takten i genomförandet av kostnadsreducerande åtgärder, säkerställa att effektiviseringar ger effekt samt intensifiera åtgärder för en ekonomi i balans. Styrelsen för NU-sjukvården realiserar inte detta under 2025.

I styrelsens årsredovisning redovisas slutligen ett resultat för 2025 på minus 141 miljoner kronor. Enligt årsredovisningen har det varit en positiv utveckling för intäkterna jämfört med budget på plus 81 miljoner kronor. Förklaringen är tillkommande statsbidrag, ökad ersättning för produktion samt försäljning av tjänster. Samtidigt uppges kostnaderna ha ökat med 222 miljoner kronor jämfört med budget. Förklaringen ligger i exempelvis ökade kostnader för personal, material och varor samt verksamhetsanknutna tjänster. I det senare ligger bland annat köpta laboratorietjänster.

2.2.2 Åtgärder: Styrelsen fattar inte tillräckliga beslut om åtgärder för en ekonomi i balans

Policy för styrning anger att styrelsen ska följa upp sin verksamhet samt analysera och vidta åtgärder som grund för fortsatt utveckling.⁵ Vi bedömer i årets granskning att styrelsen inte fattar tillräckliga beslut avseende tillkommande åtgärder för en ekonomi i balans under 2025.

Under 2025 har NU-sjukvården haft ett pågående åtgärdsarbete inom befintliga verksamheter. Styrelsen hänvisar i detaljbudget 2026 även till behovet av åtta regionövergripande förändringar och beslut som krävs för att genomföra sitt uppdrag med verksamhet och ekonomi i balans.⁶ Vi

⁴ Regionfullmäktiges beslut om delårsrapport april 2025, 2025-06-16 paragraf 132 (RS 2025-02182) respektive delårsrapport augusti 2025, 2025-11-04 paragraf 204 (RS 2025-04189).

⁵ Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026 (RS 2023–06348).

⁶ Styrelsen för NU-sjukvården tillskrev regionstyrelsen avseende 8-punktslistan i sitt beslut 2023-05-17, § 49, Budget 2023 NU-sjukvården, åtgärdsplan för verksamhet i balans. Punkterna har lyfts återkommande av styrelsen följande år.

noterar dock att styrelsen inte har fattat beslut om någon sjukhusövergripande åtgärdsplan. Åtgärderna som verksamheterna har arbetat med i befintlig verksamhet består av följande övergripande inriktningar:

- totalbemanning och minskat användande av bemanningspersonal
- kortade vårdtider och minskat antal utskrivningsklara patienter
- kloka kliniska val, förskrivning av läkemedel och vård
- röntgenkommitté för rätt användning av röntgen
- laboratoriekommitté, rätt förskrivna analyser.

I samband med sitt beslut av delårsrapport april 2025, den 22 maj paragraf 31, beslutar styrelsen att ge sjukhusdirektören i uppdrag att återkomma med konkreta och genomförbara förslag för att uppnå en budget i balans. I beslutet anger styrelsen att åtgärderna inte får påverka produktionen av vård eller tillgängligheten för patienterna och att det heller inte ska vara förslag (åtgärder) som styrelsen tidigare har avvisat.

I månadsrapport maj, som behandlas av styrelsen den 25 juni paragraf 39, anges att bedömd uppnådd effekt av åtgärderna uppgår till 17 miljoner kronor. Samt att helårseffekten av åtgärderna bedöms till 57 miljoner kronor. I sitt beslut av månadsrapporten beslutar styrelsen att tillskriva regionstyrelsen om att de ser små möjligheter att nå en ekonomisk balans 2025 trots pågående åtgärder. Styrelsen har i juni även tillskrivit den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden om att inleda dialog om en ökad ersättning för nära specialiserad vård (sjukhusen i Bäckefors, Lysekil och Strömstad), vilket nämnden senare beslutar att avslå.

I delårsrapport augusti uppgår effekterna av åtgärdsplanen till 30 miljoner kronor och med en prognos för effekt på helåret om 54 miljoner kronor. I delårsrapporten anges även att det krävs strukturella åtgärder för att uppnå ett nollresultat. Styrelsen fattar dock inga beslut om strukturella åtgärder vid detta sammanträde eller senare under året.

I delårsrapport augusti redogörs även för det uppdrag som gavs till sjukhusdirektören i maj (den 22 maj paragraf 31, delårsrapport april) om att återkomma med ytterligare åtgärdsförslag. Enligt delårsrapporten har förvaltningen gett förslag på åtgärder som är riskbedömda, men dessa har inte gått vidare till hela styrelsen efter att ha presenterats för presidiet före sommaren. Åtgärdsförslagen återkommer inte till styrelsen under hösten.

I månadsrapport oktober sänks sedan helårsprognosen för effekten av åtgärderna till 51 miljoner kronor. Vid detta tillfälle, i oktober, har styrelsen uppnått en bedömd effekt av åtgärderna på 40 miljoner kronor.

Enligt styrelsens årsredovisning 2025 uppgår den beräknade effekten av åtgärdsarbetet till 51,2 miljoner kronor. Styrelsen konstaterar att åtgärder för en ekonomi i balans har krävts under året, men att de inte har gett tillräckligt resultat. Högre kostnader för personal, både egen nyanställd personal och externt hyrd bemanning, i kombination med andra ökade kostnader, ger behov av ytterligare insatser för att minska underskottet.

I samband med arbetet med detaljbudget 2026 för NU-sjukvården fördelas ett effektiviseringsuppdrag till samtliga verksamheter inom förvaltningen på 2,1 procent. Med anledning av effektiviseringsuppdraget läggs ett förslag inom ambulansverksamheten om att stänga en ambulans nattetid i Strömstad. Detta är en åtgärd som tidigare har föreslagits av förvaltningen som en möjlig genomförbar åtgärd för att nå en ekonomi i balans. Styrelsen beslutar på sitt sista sammanträde för året, den 16 december paragraf 84, att stoppa detta verksamhetsförslag. Styrelsen ger även sjukhusdirektören i uppdrag att säkerställa att ingen permanent neddragning av ambulanser eller mobila enheter sker inom NU-sjukvården. Direktören får också i uppdrag att se över hur sparbetinget inom ambulanssjukvården kan tas bort och att arbeta vidare för en ekonomi i balans på helheten utan förändrat antal ambulanser. Vi noterar att styrelsen i samband med sitt beslut inte lägger fram eller tar beslut om några alternativa åtgärder för ekonomi i balans. Vi noterar även att sjukhusdirektören lämnar en protokollsanteckning om att det fattade beslutet bedöms inverka negativt på NU-sjukvårdens budgetprocess.

2.2.3 Uppföljning och analys: Kostnader för bemanningsföretag och laboratorietjänster bidrar till underskott

Enligt regionstyrelsens rutin för nämnders och styrelser rapportering ska det i rapporteringen tydligt framgå vidtagna åtgärder för ekonomi i balans. Det ska även ske en värdering av åtgärderna och eventuella avvikelser samt beskrivas, vid behov, ytterligare vidtagna åtgärder. Men i NU-sjukvårdens delårsrapporter och årsredovisning beskrivs inte på ett samlat och tydligt sätt vidtagna åtgärder för en ekonomi i balans och eventuella effekter av olika åtgärder. Däremot har styrelsen i sin rapportering en tydlig redovisning av utfall och prognos för sina intäkter och kostnader.

Styrelsen ska enligt sitt reglemente följa upp verksamheten enligt regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och den operativa hälso- och sjukvårdsnämndens anvisningar. Styrelsen för NU-sjukvården har under året fått fortlöpande rapportering av verksamhet, ekonomi och personal. Styrelsen har förutom delårsrapporter även fått månadsrapporter. Sammantaget är det i styrelsens handlingar och rapportering inte helt

tydligt hur åtgärdsarbetet utvecklas under året. Vid varje styrelsemöte har det i de muntliga föredragningarna dock skett presentationer avseende progressen för de ekonomiska åtgärder som verksamheterna planerat.

I sin rapportering analyserar och redovisar styrelsen orsaker till ekonomiska avvikelser. De faktorer och orsaker till de negativa ekonomiska avvikelserna som lyfts fram i uppföljningarna är återkommande över året och handlar om exempelvis behovet av att minska användandet av bemanningsföretag. NU-sjukvården står för den procentuellt största andelen av användandet av bemanningsföretag i Västra Götalandsregionen. I delårsrapporter per april och augusti rapporteras att NU-sjukvården lägger tre procent av sin totala personalkostnad på bemanningsföretag. Som andra förklaringar till resultatavvikelser nämns även ökade kostnader avseende läkemedelsanvändningen. Samt återkommande rapportering om en negativ prisutveckling för laboratorietjänster, vilket köps av regional laboratoriemedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

2.3 Intern kontroll

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen delvis har en tillfredsställande ledning och styrning samt en tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi granskat. Granskningen visar på vissa brister vad gäller arbetet med åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans.

Enligt rutin för nämnders och styrelser rapportering ska styrelsen redogöra för och analysera de periodresultat som styrelsen nått samt dess effekter och konsekvenser.⁷ Styrelsen ska även ange orsaker till större

⁷ Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2025 och planperiod 2026–2027 samt månadskommentarer, delårsrapporter och årsredovisning 2025.

avvikelser och redogöra för vidtagna åtgärder. Vi bedömer att styrelsen har en i huvudsak systematisk rapportering av sin ekonomi. Dock lyckas styrelsen inte att nå en ekonomi i balans och 2025 avslutades enligt årsredovisningen med ett resultat på minus 141 miljoner kronor. Detta är inte i enlighet med policy för styrning i Västra Götalandsregionen som anger att styrelsen ska planera sin verksamhet utifrån givna uppdrag och resurser.⁸

Vi bedömer utifrån våra iakttagelser avseende styrelsens arbete med ekonomistyrning och resultat att styrelsen inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att anpassa sin verksamhet efter givna uppdrag och resurser. De beslutade åtgärderna är inte tillräckliga varken ställt mot den bedömda ekonomiska utmaningen i detaljbudget eller ställt mot det ekonomiska utfallet för åtgärderna. Vi noterar att styrelsen för NU-sjukvården under året konstaterar att de vidtagna åtgärderna inte ger tillräcklig effekt varför mer strukturella åtgärder krävs. Styrelsen fattar dock inga beslut om strukturella åtgärder under året och vidtar inga ytterligare åtgärder i enlighet med regionfullmäktiges uppmaningar. Vi bedömer därmed att styrelsen har varit passiv och ohörsam mot regionfullmäktiges uppmaningar under året avseende att styrelsen ska vidta ytterligare och tillräckliga åtgärder för en ekonomi i balans.

Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts i den grundläggande granskningen och i den fördjupade granskningen av god ekonomisk hushållning lämnar revisionen två rekommendationer till styrelsen, se kapitel 3.

⁸ Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026 (RS 2023–06348).

3. Fördjupad granskning

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

3.1 God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelser har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för NU-sjukvården inte har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt, då de sammantaget inte följt policy för styrning i Västra Götalandsregionen. Styrelsen har inte tagit tillräckligt ansvar i sin styrning för en ekonomi i balans genom att vidta nödvändiga åtgärder.

Enligt kommunallagen ska regionen ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. God ekonomisk hushållning innebär att regioner ska ha goda förutsättningar för att både kort- och långsiktigt klara av sin ekonomi och verksamhet. Detta innebär att intäkterna ska överstiga kostnaderna och att verksamheten ska bedrivas effektivt och ändamålsenligt.

Regionfullmäktiges riktlinje för god ekonomisk hushållning anger finansiella mål för Västra Götalandsregionen. Nämnder, styrelser och bolag ska värna om och utveckla verksamheterna på ett för medborgarna kvalitativt, säkert och effektivt sätt inom de ekonomiska ramarna. Riktlinjen slår fast att om god ekonomisk hushållning inte har uppnåtts krävs åtgärder för att omhänderta de problem som ligger till grund för den bristande målfyllelsen.

Revisionen bedömer att styrelsen för NU-sjukvården inte har en tillräcklig styrning och genomförande av ekonomiska beslut, mål, uppdrag och åtgärder. Granskningen visar att styrelsen inte har beslutat om någon

åtgärdsplan. Enligt beslutade riktlinjer för detaljbudgetarbetet år 2025–2027, för de nämnder och styrelser som har ekonomiska obalanser vid ingången av 2025, ska det framgå vilka åtgärder som planeras för att nå en ekonomi och verksamhet i balans.

Granskningen visar att styrelsen för NU-sjukvården har efterfrågat förslag på åtgärder men inte säkerställt att de fått återrapportering av uppdrag och möjlighet att fatta beslut. Revisionen bedömer att styrelsen för NU-sjukvården har delvis en tillräcklig uppföljning och analys av ekonomin. Vidare bedömer revisionen att styrelsen för NU-sjukvården, utifrån den ekonomiska utmaningen under 2025, borde ha haft större fokus på ekonomiska risker i sitt arbete med intern kontroll.

Granskningen visar att samtliga sjukhusstyrelser delvis har en konsekvent tillämpning av regionens principer för ekonomi i balans. Vi konstaterar att samtliga sjukhusstyrelserna inte har en god budgetföljsamhet. Samtliga sjukhusstyrelser redovisar stora budgetavvikelser.

Avslutningsvis bedömer vi att sjukhusstyrelserna endast delvis har anpassat sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering som de har fått. Enligt rutin för nämnder och styrelser rapportering av detaljbudgeten 2025,⁹ ska det tydligt framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans, samt en värdering av de olika åtgärderna som styrelsen eller nämnden har beslutat om. Flera av sjukhusstyrelserna har beslutat om åtgärder som inte motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.

Revisionen rekommenderar styrelsen för NU-sjukvården att

- se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans
- se till att åtgärder för verksamhet och ekonomi i balans återrapporteras till styrelsen.

⁹ Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2025 och planperioden 2026–2027 samt månadskommentarer, delårsrapportering och årsredovisning 2025, Dnr RS 2024–03302.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

4.1 Uppföljning av styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden

Revisionen granskade styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden omfattar bedömning av måluppfyllelse, prognos samt tillhörande indikatorers utfall enligt rutin och anvisningar.

Vid granskningen 2024 framkom att styrelsen i delårsrapport och årsredovisning inte hade bedömt fokusområden och mål med status och färgmarkeringar. Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier av delårsrapporter och årsredovisning. Uppföljningen visar att färgmarkering saknas i ett fall i delårsrapport april men att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden huvudsakligen omfattar bedömning av status och färgmarkering.

Vid granskningen 2024 framkom även att indikatorerna inte redovisades på ett korrekt sätt. Enligt rutin ska indikatorer lyftas in och kopplas till respektive mål eller fokusområde och om möjligt ska tidsserier och utfall två år bakåt i tid redovisas. I årets granskning kan vi konstatera att utfallet av indikatorerna huvudsakligen finns med i delårsrapporter och årsredovisning men saknas i ett par fall. Indikatorerna har i vissa fall redovisats i särskilt avsnitt under egen rubrik (Regionfullmäktiges regiongemensamma indikatorer) alternativt redovisas på andra ställen än vid det fokusområde eller mål det är kopplat till. Det beror i huvudsak på att indikatorerna i stället redovisas under förvaltningens egna fokusområden. Utöver det är tidsserien i flera fall kortare än två år bakåt i tiden.

Enligt koncernkontorets rutin ska en redogörelse och analys av resultatet göras. I de fall mål eller fokusområden bedöms som röda eller gula ska en beskrivning av de åtgärder som verksamheten planerar vidta för måluppfyllelse beskrivas. Vi ser att detta blivit bättre under året och bedömer att det i årsredovisningen huvudsakligen finns en analys av resultatet och en beskrivning av åtgärder för måluppfyllelse.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen. Området kommer att fortsätta att följas inom den grundläggande granskningen.

4.2 Uppföljning av verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri

Revisionen granskade tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

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

Vi har i år följt upp rekommendationen genom intervju med verksamhetschefen för barn- och ungdomspsykiatri. Uppföljningen visar att erfarenheter och resultat från initiativen En väg in och Regional utredningsenhet diskuteras i samordningsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Däremot har frågan inte lyfts specifikt med koncernkontoret.

4.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen. Även om återrapportering inte skett till koncernkontoret kan vi se att erfarenheter delas och arbetet utvecklas.

4.3 Uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion
- tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Vi har inte följt upp rekommendationerna genom en separat uppföljning. I stället har rekommendationerna följts inom det ordinarie revisionsarbetet. Styrelsen för NU-sjukvården beslutade den 25 april 2024, paragraf 36, att anta ett svar på granskningen. I sitt svar angav styrelsen att sjukhusen gemensamt begärt att få tillgång till ett gemensamt it-system för planering av vårdens processer. I vår uppföljning har det även framkommit att ett systemstöd har upphandlats på regiongemensam nivå. Det upphandlade systemet beskrivs kunna samplanera personalscheman med produktion, resurser och kompetenser. En pilot av projektet har genomförts på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under 2025 med preliminärt breddinförande för samtliga sjukhusförvaltningar planerat till hösten 2026.

I sitt svar angav styrelsen även att NU-sjukvården i avvaktan på ett gemensamt system har infört ett eget planeringsverktyg. I planeringsverktyget sker planering på veckobasis för respektive verksamhet. I kombination med bemanning som baseras på produktionsbehoven är detta ett utvecklat arbetssätt. Produktion och tillgänglighet redovisas månatligen för styrelsen. Enligt styrelsen konstateras att full effekt för hela Västra Götalandsregionen inte uppnås förrän alla berörda arbetar i samma it-system.

4.3.1 Bedömning

Revisionens bedömning är att styrelsens arbete och det regiongemensamma pågående arbetet omhändertar rekommendationerna. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Närhälsan

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Närhälsan – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00085

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisor: Peder Welin och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Gun Alexandersson Malm

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
3. Uppföljning av tidigare rekommendationer	6
Revisionens uppdrag.....	11

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- uppföljning av rekommendationer.

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

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

3.1 Uppföljning av samordnade insatser för barn och unga

Revisionsenheten granskade tillsammans med Stadsrevisionen Göteborgs Stad under 2023 samverkan kring barn och unga. Syftet med granskningen var att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn och unga som bedömts ha behov av samordnade insatser. Granskningen har omfattat grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Utbildningsnämnden.

Vår bedömning var att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis hade säkerställt en ändamålsenlig samverkan. Utifrån granskningen lämnades följande rekommendationer.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Närhälsan att:

- stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk
- stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga
- arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi har i år följt upp hur styrelsen för Närhälsan har arbetat för att omhänderta granskningens rekommendationer. Utgångspunkten för uppföljningen har varit de planerade och vidtagna åtgärder som styrelsen beskrev i sitt yttrande från 2024. Vi har även ställt kompletterande skriftliga frågor till förvaltningen under 2025.

3.1.1 Åtgärder har vidtagits för stärkt styrning och uppföljning

Uppföljningen visar baserat på yttrandet som gjordes 2024 ett antal åtgärder för att stärka styrningen av SIP-arbetet, bland annat avseende Närhälsans representation inom vårdsamverkan i Göteborgsområdet som ett sätt för beslutsfattande, givande av uppdrag, aktiviteter och uppföljning. I yttrandet angavs även att Närhälsans barnombud på vårdcentralerna ska få ett tydligare uppdrag gällande samverkan och SIP, exempelvis genom riktade utbildningar. I förvaltningens yttrande 2025 anges fortsatt representation i vårdsamverkan som en insats. Samt att utbildningsinsatser av barnombudet sker som punktinsats vid behov (mer sällan) och att frågor mellan barnombud och samverkansforum sker via vårdcentralschefer.

I yttrandet 2024 beskrevs att uppföljningen ska stärkas genom att regelbunden uppföljning av SIP bör ske på områdesnivå, exempelvis kvartalsvis. Samt att delregional SIP-rutin är under revidering för att bättre leva upp till krav i lag/regelverk. Ansvar för uppföljning och genomförande riktades till primärvårdscheferna som även ska säkra att uppföljning sker på områdesledningsgrupp. I yttrandet 2025 anges att uppföljning, bland annat av avvikelser, sker i bland annat NOSAM (närområdessamverkan). Däremot framkommer att uppföljning ännu inte har införts på områdesledningsgruppsmöten med anledning av att antalet SIP för barn och unga är så litet. Uppföljning blir därmed inte meningsfull i det forumet utan frågan gör sig bättre inom närområdessamverkan (NOSAM).

3.1.2 Utmaningar kvarstår vad gäller digital samverkansyta

Vad gäller rekommendationen att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta framgår av styrelsens yttrande 2024 att alla förvaltningar inte har tillgång till it-tjänsten (SAMSA) men att programmet (SAMvy) inom ramen för införandet av Millennium, ska möjliggöra gemensam it-tjänst. I yttrandet riktades även ett uppdrag till primärvårdscheferna att tillse att dokumentation sker i SAMSA/SAMvy. I sitt yttrande 2025 anger förvaltningen att det i och med pausat införande av nytt vårdinformationssystem är oklart om fortsatt plan, men att frågan om behovet av en digital samverkansyta är ett känt utvecklingsbehov.

Vi kan i våra sammanvägda iakttagelser konstatera att det i övrigt inte har skett några väsentliga framsteg i denna fråga sedan granskningen genomfördes 2023. Faktum kvarstår att en ökad och bredare användning av SAMSA avseende SIP barn/unga hindras av att flertalet verksamheter inte använder sig av systemet. Hälso- och sjukvårdens verksamheter inom Västra Götalandsregionen har inväntat införandet av det nya

informationshanteringssystemet (Millennium) och därmed tillhörande programvara för samverkan med kommuner (SAMvy). Efter pausat införande och därmed oklarhet i vad som kommer ske framöver påverkas även möjligheterna att införa SAMvy som gemensam it-tjänst. Till dess att SAMvy finns på plats är det fortfarande SAMSA som utgör den it-tjänst som ska användas. Dock visar vår uppföljning, precis som vår granskning 2023, att inte alla verksamheter använder SAMSA.

Det tycks som att frågan om SAMSA i hög grad är en lednings- och styrfråga där det saknas gemensamt fattade beslut och även saknas forum som kan besluta om att samtliga berörda ska införa och arbeta i en gemensam it-lösning, oavsett vilken denna är. Temagruppen har inte detta mandat, utan respektive linjeorganisation måste fatta dessa beslut.

Vi uppmanar därför samtliga nämnder och styrelser att fortsatt verka för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

3.1.3 Bedömning

Vi bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationerna. Vi vill dock understryka vikten av att styrelsen fortsätter arbetet för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

3.2 Uppföljning av granskning av program Millennium

Revisionen granskade program Millennium 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen, revisionen rekommenderar styrelsen att:

- säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen
- säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentstudier. Styrelsen för Närhälsan lämnade i sitt yttrande i maj 2024 en beskrivning av vidtagna åtgärder inför planerad start i november 2024 av vårdinformationssystemet Millennium. I yttrandet framgår dels hur själva implementeringen planeras att genomföras med utbildning och stödorganisationer. Dels hur den dagliga driften (vården) ska kunna upprätthållas under implementeringsfasen med daglig styrning och genom

lastbalansering regionalt av patienter. I yttrandet beskrivs även uppföljningsprocesser inom Närhälsans organisation och uppföljning i samverkan med andra externa parter. Efter beslut av styrelsen för Närhälsan 20 november 2025 har de fått kontinuerlig rapportering på sina sammanträden avseende Millennium och det fortsatta arbetet med ett nytt vårdinformationssystem. Styrelsen har även begärt rapportering av förutsättningar för fortsatt användning av nuvarande journalsystem (AsynjaVisph).

Uppföljningen visar vidare att regionstyrelsen i december 2025 beslutat att föreslå regionfullmäktige att besluta att inte återuppta införandet av Millennium. Samt föreslå att i stället gå vidare med en annan inriktning för regionens framtida vårdinformationsmiljö.

3.2.1 Bedömning

Vi har bedömt att rekommendationerna inte längre är aktuella utifrån att införandet av Millennium pausats och att det beslutats att införandet inte ska återupptas. Revisionens bedömning är vidare att styrelsens genomförda och pågående arbete omhändertar rekommendationen. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen och vid kommande implementeringsprojekt av vårdinformationssystem.

3.3 Uppföljning av granskning av produktionspåverkan vid införandet av program Millennium

Revisionen granskade produktionspåverkan vid införandet av program Millennium 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla riskanalysarbetet vad gäller patientsäkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier. Uppföljningen visar att förvaltningen har påbörjat ett arbete för att stärka riskanalysarbetet vid införande av nytt vårdinformationssystem. När så blir aktuellt kommer ett systematiskt riskanalysarbete genomföras på ett sätt så att det tydligt kan presenteras för styrelsen.

Vi har noterat att det i av styrelsen beslutad plan för intern kontroll 2025 finns två risker som är direkt kopplade till det planerade införandet av

Millennium; risk för fördröjda diagnoser relaterat till produktionsbortfall respektive risk att beslutsunderlag i utdatasystemet inte fungerar eller ej blir jämförbara bakåt i tid när Millennium införs. Kontrollerna har i och med det avbrutna införandet av Millennium inte genomförts enligt planen.

Uppföljningen visar även att regionstyrelsen i december 2025 beslutat att föreslå regionfullmäktige att besluta att inte återuppta införandet av Millennium, utan i stället gå vidare med en annan inriktning för regionens vårdinformationsmiljö.

3.3.1 Bedömning

Vi har bedömt att rekommendationen inte längre är aktuell utifrån att införandet av Millennium pausats och att det beslutats att införandet inte ska återupptas. Samt baserat på det yttrande som styrelsen för Närhälsan har lämnat till revisionen.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmanarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för regionens tåg och spårvagnar

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för regionens tåg och spårvagnar – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00093

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Per Waborg

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	4
Revisionens uppdrag.....	6

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning

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

1.1 Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. Inga rekommendationer lämnas med anledning av granskning 2025.

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Regionhälsan

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Regionhälsan – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00086

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorerna: Peder Welin och Waisuddin Sadry

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisor: Gun Alexandersson Malm

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	7
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	9
Revisionens uppdrag.....	14

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktiga verksamheter i Västra Götalandsregionen (fördjupad granskning)
- uppföljning av rekommendationer.

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

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktiga verksamheter i Västra Götalandsregionen	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering (2025).
Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner (2025).
	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering (2025).

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Däremot noterar revisionen att det av årsredovisningen 2025 framgår att Regionhälsan

redovisar en negativ avvikelse mot budget och ett resultat om –18,1 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka 0,9 procent av omsättningen. Vidare i årsredovisningen beskrivs och analyseras orsakerna till både avvikelsen mot budget och avvikelsen mot prognos. Prognosen var i augusti ett resultat på –3,5 miljoner kronor.

I revisionens tidigare granskning av ekonomistyrningen inom styrelsen för Regionhälsan 2024 bedömdes att prognosarbetet genomförs med en systematisk och ändamålsenlig process med detaljerad rapportering och löpande dialog. Samtidigt konstaterades att fortsatt fokus behövs för att förbättra prognosernas träffsäkerhet, vilket även är aktuellt mot bakgrund av utfallet 2025.

Revisionen kommer att fortsätta följa styrelsens åtgärder för en ekonomi i balans.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Fördjupad granskning

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

3.1 Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktiga verksamheter i Västra Götalandsregionen

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån EY (Ernst och Young AB) på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) handlar kontinuitetshantering om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Med kontinuitetshantering kan verksamheter snabbare återhämta sig från och minska negativa konsekvenser av en inträffad händelse. En samhällsviktig verksamhet definieras som en samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden eller säkerhet. Samtliga nämnder, styrelser och regionägda bolag ska bedriva ett aktivt arbete med kontinuitetshantering i Västra Götalandsregionen. Brister i detta arbete kan få allvarliga konsekvenser för regionens förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet vid störningar, kriser och extraordinära händelser.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda styrelser har en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Syftet har också varit att bedöma om regionstyrelsen leder, samordnar och har uppsikt över Västra Götalandsregionens arbete med kontinuitetshantering på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att berörda styrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Arbetet bedrivs inte fullt ut i enlighet med den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering som gällt sedan 2023. Vidare saknas kontinuitetsplanering för flera kritiska aktiviteter i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rekommendationer. Vi

bedömer att regionstyrelsen i stort leder och samordnar Västra Götalandsregionens arbete på ett ändamålsenligt sätt, men att det saknas en tillräcklig uppsikt över övriga styrelser arbete. Regionstyrelsen tar inte del av systematisk uppföljning av övriga granskade styrelser arbete med kontinuitetshantering. Detta kan innebära att regionstyrelsen saknar en nulägesbild över beredskap, robusthet och befintlig kontinuitetshantering för att kunna bedöma och besluta om en ändamålsenlig styrning av området och vidta åtgärder. Vi vill även särskilt lyfta behovet av en stärkt regionövergripande styrning av beredskapsdimensionering och krav gällande robusthet i kontinuitetshanteringen.

I granskningen av övriga berörda styrelser går det i flera fall inte att styrka att arbetet med kontinuitetshantering har utgått från en konsekvensanalys och riskbedömning. Det finns heller inte fullständiga kontinuitetsplaner kopplade till alla kritiska resurser och aktiviteter. I granskningen framkommer att vissa samhällsviktiga verksamheter saknar kontinuitetsplaner helt, vilket är en brist. Vi bedömer slutligen att arbetet behöver accelereras och prioriteras inom flera styrelser och verksamheter för att uppnå ett ändamålsenligt kontinuitetsarbete.

Följande rekommendationer lämnade vi med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att

- säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering
- säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner
- säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering.

Revisionen lämnade även två rekommendationer till regionstyrelsen.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

4.1 Uppföljning av samordnade insatser för barn och unga

Revisionsenheten granskade tillsammans med Stadsrevisionen Göteborgs Stad under 2023 samverkan kring barn och unga. Syftet med granskningen var att bedöma om Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn och unga som bedömts ha behov av samordnade insatser. Granskningen har omfattat grundskolenämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden sydväst, styrelsen för Habilitering & Hälsa, styrelsen för Närhälsan, styrelsen för Regionhälsan, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Utbildningsnämnden.

Vår bedömning var att de granskade nämnderna och styrelserna endast delvis hade säkerställt en ändamålsenlig samverkan. Utifrån granskningen lämnades följande rekommendationer.

Revisionen rekommenderade styrelsen för Regionhälsan att:

- stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.
- stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.
- arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi har i år följt upp hur styrelsen för Regionhälsan har arbetat för att omhänderta granskningens rekommendationer. Utgångspunkten för uppföljningen har varit de planerade och vidtagna åtgärder som styrelsen

beskrev i sitt yttrande från 2024. Vi har även ställt kompletterande skriftliga frågor till förvaltningen under 2025.

4.1.1 Styrning och uppföljning har stärkts

På ungdomsmottagningar har samtliga kuratorer och psykologer fått utbildning inom samordnad individuell plan (förkortas fortsättningsvis SIP) inför det planerade breddinförande av SAMSA (en digital samverkansyta). Verksamheten uppges delta på SIP-möten när de blir kallade.

Inom barn- och ungdomsmedicin har ett SIP-nätverk etablerats med SIP-ansvarig på varje mottagning och nätverket har möten 1-2 gånger per termin. Det finns en framtagen uppdragsbeskrivning för uppdraget som SIP-ansvarig som innefattar ansvar och funktion. SIP-process bedöms vara ett integrerat arbetssätt inom barn- och ungdomsmedicin.

Inom verksamheten psykologmottagning föräldraskap och små barn finns utsedda SIP-ansvariga medarbetare som ger stöd till kollegor avseende rutiner och arbetssätt. I de geografiska områden där SAMSA används av kommunen har verksamheten även utsett SAMSA-ansvariga medarbetare.

När det gäller uppföljning så har styrelsen i sin plan för intern kontroll 2025 en åtgärd gällande SIP där Regionhälsan skall dokumentera hur åtgärderna avseende de rekommendationer som revisionen lämnade har genomförts.

En åtgärd som har genomförts i verksamheten (2024) baserat på uppföljningar är att verksamhetsområdet Hälso- och specialistvård för barn och unga utsett SIP-ansvariga i aktuella verksamheter med uppdrag att uppdatera medarbetare om aktuella mallar och riktlinjer. Identifierade avvikelser i samverkan hanteras i övrigt på ordinarie sätt i it-stödet MedControl Pro genom anmälan, utredning och vid behov vidtagna åtgärder. Chefläkarenheten i Regionhälsan sammanställer och analyserar regelbundet registrerade avvikelser.

4.1.2 Utmaningar kvarstår vad gäller digital samverkansyta

Vad gäller rekommendationen att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta har det i styrelsens yttrande 2024 framkommit att styrelsen gav presidiet i uppdrag att ta frågan vidare i sina samverkansforum avseende vikten av digital samverkansyta. Samt att implementera SAMSA där förskola, skola och socialtjänst också har möjlighet och ambition att införa SAMSA. Samt att införa SAMvy vilket i

yttrandet ansågs kunna skapa förutsättningar för en gemensam digital samverkansyta.

I vår nu gjorda uppföljning (2025) har det framkommit att styrelsen har lyft frågan om gemensam digital samverkansyta i olika samverkansforum. Införandet av gemensamt it-stöd har dock försenats då det inom det nu avbrutna införandet av vårdinformationssystemet Millennium fanns förhoppning om införandet av programmet SAMvy, vilket i sin tur bromsade införandet av SAMSA. Regionhälsan är därför nu redo att införa SAMSA när olika kommuner också är redo att göra detsamma. Detta gäller både ungdomsmottagningar, barn- och ungdomsmedicin och psykologmottagning föräldraskap och små barn. De senare har även utsett SAMSA-ansvariga i de geografiska områden där kommunen använder SAMSA.

Vi kan i våra sammanvägda iakttagelser konstatera att det i övrigt inte har skett några väsentliga framsteg i denna fråga sedan granskningen genomfördes 2023. Faktum kvarstår att en ökad och bredare användning av SAMSA avseende SIP barn/unga hindras av att flertalet verksamheter inte använder sig av systemet. Hälso- och sjukvårdens verksamheter inom Västra Götalandsregionen har inväntat införandet av det nya informationshanteringssystemet (Millennium) och därmed tillhörande programvara för samverkan med kommuner (SAMvy). Efter pausat införande och därmed oklarhet i vad som kommer ske framöver påverkas även möjligheterna att införa SAMvy som gemensam it-tjänst. Till dess att SAMvy finns på plats är det fortfarande SAMSA som utgör den it-tjänst som ska användas. Dock visar vår uppföljning, precis som vår granskning 2023, att inte alla verksamheter använder SAMSA.

Det tycks som att frågan om SAMSA i hög grad är en lednings- och styrfråga där det saknas gemensamt fattade beslut och även saknas forum som kan besluta om att samtliga berörda ska införa och arbeta i en gemensam it-lösning, oavsett vilken denna är. Temagruppen har inte detta mandat, utan respektive linjeorganisation måste fatta dessa beslut.

Vi uppmanar därför samtliga nämnder och styrelser att fortsatt verka för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

4.1.3 Bedömning

Vi bedömer att styrelsen har omhändertagit rekommendationerna. Vi vill dock understryka vikten av att styrelsen fortsätter arbetet för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

4.2 Uppföljning av program Millennium

Revisionen granskade program Millennium 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen.
- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dialog med förvaltningen och dokumentstudier. Uppföljningen visar att regionstyrelsen i december 2025 beslutat att föreslå regionfullmäktige att inte återuppta införandet av Millennium, utan i stället gå vidare med en annan inriktning för regionens vårdinformationsmiljö.

4.2.1 Bedömning

Vi har bedömt att rekommendationerna inte längre är aktuella utifrån att införandet av Millennium pausats och att det beslutats att införandet inte ska återupptas.

4.3 Uppföljning av produktionspåverkan vid införandet av program Millennium

Revisionen granskade produktionspåverkan vid införandet av program Millennium 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla riskanalysarbetet vad gäller patientsäkerhetsrisker inför kommande införanden av Millennium.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med förvaltningen och dokumentstudier. Uppföljningen visar att förvaltningen har påbörjat ett arbete för att stärka riskanalysarbetet inom ramen för ett bredare patientsäkerhetsarbete, där även kris- och beredskapsplanering ingår. Patientsäkerhetsplanen avses integreras i verksamhetsplanen från och med 2026, med fokus på utbildning samt genomförande av risk- och sårbarhetsanalyser. Patientsäkerhet och egenkontroller rapporteras löpande till styrelse och förvaltningsledning. Förvaltningsledningen har

även uppdaterat sin riskbild, där risken avseende avsaknad av gemensamt vårdinformationssystem ingår, och motsvarande risk återfinns i styrelsens plan för intern kontroll 2025 och 2026.

Därefter visar uppföljningen att regionstyrelsen i december 2025 beslutat att föreslå regionfullmäktige att inte återuppta införandet av Millennium, utan i stället gå vidare med en annan inriktning för regionens vårdinformationsmiljö.

4.3.1 Bedömning

Vi har bedömt att rekommendationen inte längre är aktuell utifrån att införandet av Millennium pausats och att det beslutats att införandet inte ska återupptas.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: REV 2025-00076

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Evelina Halse och Josephine Massie

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Björn Brogren och Per Waborg

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	7
3. Fördjupad granskning.....	18
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	22
Revisionens uppdrag.....	27

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- informationssäkerhet (fördjupad granskning)
- god ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans (fördjupad granskning)
- uppföljning av tidigare rekommendationer.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Vidare bedömer vi att styrelsen delvis har skött ekonomin på ett tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen delvis har varit tillräcklig.

Både den grundläggande granskningen och den fördjupade granskningen av styrelsens ekonomistyrning visar att styrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning av ekonomin. Vi bedömer att styrelsen har varit aktiv och fattat beslut om åtgärder för en ekonomi i balans vid flera tillfällen under året. Samtidigt stod det redan tidigt under 2025 klart

att styrelsens åtgärdsplan innehöll många åtgärder som inte skulle få förväntad effekt för det ekonomiska resultatet. Vid styrelsens beslut om kompletterande åtgärder bedömer vi att det inte har varit tydligt vilken effekt åtgärderna förväntas få för det ekonomiska resultatet. Åtgärderna har inte varit tillräckliga för att hålla verksamheten inom budgetramarna.

Vi bedömer vidare att styrelsen behöver säkerställa att internkontrollplanen är tydlig så att riktade kontroller genomförs i enlighet med *Policy för styrning*. Så som kontrollerna är utformade idag bedömer vi att det finns risk för att planen inte utgör ett effektivt verktyg för att hantera identifierade risker. Uppföljningen behöver också bli tydligare, så att styrelsen har möjlighet att vid behov vidta åtgärder utifrån informationen.

En fördjupad granskning om informationssäkerhet har genomförts under året. Bedömningen i granskningen är att styrelsens arbete endast delvis är ändamålsenligt. Granskningen visar att det finns risk för att informationssäkerhetsarbetet inte bedrivs tillräckligt systematiskt, bland annat till följd av bristande resurser och kompetens. Dokumenterade rutiner för hantering och rapportering av informationssäkerhetsincidenter till styrelsen saknas, liksom ett tillfredsställande och systematiskt genomförande av utbildnings- och uppföljningsinsatser.

Avslutningsvis bedömer vi att styrelsens rapportering av regionfullmäktiges mål endast delvis följer *Rutin för nämnder och styrelser rapportering av detaljbudget 2025*. Vår granskning visar att det är svårt att utläsa hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord, bland annat då redovisningen saknar koppling till tilldelade indikatorer.

Nedan finns de rekommendationer som vi lämnar till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset med anledning av årets granskning.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen om uppföljningen av mål och fokusområden visar på avvikelser (2024).
Granskning av intern kontroll Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det i kontrollplanen tydligt framgår vad som ska kontrolleras, vem som ansvara samt när och hur kontrollen ska genomföras och återrapporeras (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det av uppföljningen av kontrollplanen framgår vad kontrollerna visar, om det finns avvikelser och om åtgärder behöver vidtas (2025).
Granskning av informationssäkerhet Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa fortsatt implementering av beslutade styrdokument som ingår i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att påtala behov av att rutin för hantering av informationssäkerhetsincident, upprättas och etableras i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD), till ansvariga (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisationen är anpassad genom resurser och kompetens så att informationssäkerhetsarbetet har förutsättningar att vara systematiskt i enlighet med krav som ställs genom interna styrdokument och lagkrav (2025).

Område	Rekommendation
	Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta åtgärder för att höja deltagarantalet i grundutbildningar i syfte att säkerställa ett regelbundet genomförande (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att uppföljning och rapportering av informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter sker med regelbundenhet (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ansvar för styrelsen och förvaltningschef upprätthålls i enlighet med dokumenterad ansvarsfördelning i interna styrdokument (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att utbildning och informationsinsatser genomförs med högre grad av systematik så att insatser bidrar till en god säkerhetskultur inom informationssäkerhet (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ett uppföljningsarbete etableras som kan utgöra underlag för styrelsen i beslut om åtgärder för att stärka informationssäkerheten (2025).
Granskning av god ekonomisk hushållning Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att åtgärder som beslutas för en verksamhet och ekonomi i balans, ligger inom styrelsens egen rådighet (2025).
Granskning av styrning av fastighetsinvesteringar i Västra Götalandsregionens sjukhus	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att investeringsprojekt följer Västra Götalandsregionens fastställa investeringsprocess (2023). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisation, roller och

Område	Rekommendation
	mandat är tydliga i investeringsprocessen (2023). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att ändamålsenliga underlag finns framtagna och tillgängliga för bedömning och prioritering av investeringar ur ett regionövergripande perspektiv (2023). [Ingen uppföljning 2025.]
Granskning av patientsäkerhet	Revisionen rekommenderar styrelsen att stärka arbetet med att öka antalet vårdplatser inom de områden där behov finns (2023) [Ingen uppföljning 2025.]
Granskning avseende psykisk ohälsa hos barn och unga	Revisionen rekommenderar styrelsen att i samverkan stärka sina insatser för att möta behovet av vård och behandling för psykisk ohälsa hos barn och unga för att nå tillgänglighetsmålen (2021) [Ingen uppföljning 2025.]

2. Grundläggande granskning

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

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

Granskningen bygger på revisionskriterier, som definierar de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser och

bedömningar. Revisionskriterierna utgörs exempelvis av lagstiftning, reglemente, regionfullmäktiges budget och andra beslut av fullmäktige.

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar att sjukhuset har åstadkommit förbättringar under året när det gäller tillgängligheten till vård och samverkan med primärvården. Granskningen visar även på vissa brister vad gäller styrelsens rapportering av regionfullmäktiges mål och fokusområden. Nedan redogör vi för våra iakttagelser. Bedömningar för respektive område finns i avsnitt 2.4.

2.1.1 Tillgängligheten till vård

Revisionen granskade 2023 om nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvården i tillräcklig omfattning hade planerat och styrt för att omhänderta ett uppdämt vårdbehov efter covid-19-pandemin. Granskningen visade på bristande måluppfyllelse till vårdgarantin och uppsatta tillgänglighetsmål.

I och med 2023 års granskning lämnade vi följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

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

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutade att revidera detaljbudget 2025 med anledning av regionfullmäktiges tilläggsbudget. Sahlgrenska Universitetssjukhuset fördelades 376 miljoner kronor varav 50 procent skulle användas för ökad produktion för stärkt tillgänglighet inom de områden som uppvisade sämst tillgänglighet så som exempelvis ögon, öron-näsa-hals, ortopedi, psykiatri och gynekologi.

Granskningen visar att styrelsen under året har tagit flera beslut inom ramen för ökad tillgänglighet.

Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 25 september 2025 om utökat tilläggsuppdrag inom operation till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset då sjukhusstyrelsen önskat utökade volymer inom ramen för tillgänglighetsarbetet.

Granskningen visar att tillgängligheten till vård på sjukhuset har förbättrats avsevärt jämfört med föregående år. Tillgängligheten har förbättrats framför allt för väntande till operation.

2.1.2 Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål

Vår granskning av delårsrapporter per april och augusti samt årsredovisning visar att styrelsen har följt upp och lämnat prognos för tilldelade mål och fokusområden enligt trafikljusmodellen.

I delårsrapport per april är elva fokusområden angivna som delvis uppnådda. Då två fokusområden helt eller delvis saknar redovisning av tilldelade indikatorer är det svårt att utläsa hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord. Vi noterar även att för ett fokusområde har målvärdet för indikatorn förändrats jämfört med detaljbudget.

I delårsrapport per augusti har styrelsen angett fem mål som delvis uppnådda. Vår granskning visar att det är svårt att utläsa hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord även i delårsrapporten per augusti. Detta då det för hälften av målen helt eller delvis saknas redovisning av tilldelade indikatorer, varav ett mål är bedömt som "grönt" det vill säga att målet kommer att uppnås.

I 2024 års granskning lämnade vi följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen om uppföljningen av mål och fokusområden visar på avvikelser.

Vi tar tagit del av styrelsens svar på revisionsrapporten. Av svaret framgår att styrelsen avser att omhänderta rekommendationen genom att i delårsrapporter och i årsredovisning tydligare redovisa vilka åtgärder som vidtas för att öka måluppfyllelsen, framför allt om bedömningen är att

målet/fokusområdet inte kommer att uppnås eller att målet/fokusområdet delvis kommer att uppnås.

Revisionen noterar att delårsrapporteringen har utvecklats med en rubrik där åtgärder för måluppfyllelse redovisas, vilket förenklar möjligheten att följa vilka åtgärder som verksamheten planerar att vidta för ökad måluppfyllelse. Vi noterar dock att denna rubrik inte finns för samtliga mål och fokusområden, där styrelsen gjort bedömningen att målet/fokusområdet inte kommer att uppnås eller delvis kommer att uppnås.

2.1.3 Beslut fattade på delegation från styrelsen

Vår granskning visar att styrelsen har beslutat om delegeringsordning och har fortsatt att arbeta efter den rutin för granskning av delegeringsbeslut som styrelsen beslutade om i april 2023.

Vi har gjort ett stickprov och granskat 28 delegeringsbeslut anmälda till sex av styrelsens sammanträden under 2025 och i flera ärenden har vi hittat avvikelser.

Stickprovsgranskningen visar att i tre beslut saknas information om beslutsfattare, vilket gör att det inte går att avgöra om beslutet är fattat inom ramen för delegationen. I sju beslut finns angivna avtal eller beslutsunderlag inte bilagda, vilket gör att det i tre av besluten inte går att avgöra om det är fattat inom ramen för delegationen.

Vidare visar granskningen att i tre beslut saknas hänvisning till delegeringspunkt i delegeringsordningen, varav det ena även har en felaktig mall. I sex beslut saknas sammanfattning av ärendet och i ett ärende skiljer sig angivet belopp mellan beslutsmeningen och sammanfattningen. I ytterligare ett beslut saknas information om dagen för beslutet.

Avslutningsvis har revisionen noterat att det i protokoll från styrelsens sammanträde den 5 september 2025 framgår att beslutsunderlag saknas för tre av de granskade delegeringsärendena till sammanträdet. Av protokollet framgår att förvaltningen uppmanas att se över den framtida hanteringen av delegeringsbeslut som anmäls till styrelsen.

I 2024 års granskning lämnade vi följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- stärka uppföljning och kontroll av delegeringsbeslut som säkerställer lagstiftningens krav på dokumentation.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att ta del av styrelsens svar på revisionsrapporten, tagit stickprov på delegeringsbeslut och tagit upp frågan vid intervju med förvaltningen.

I styrelsens svar på revisionsrapporten framgår att styrelsen kommer genomföra stickprovskontroller månadsvis inom ramen för styrelsens ärendeprocess samt att utbildningsinsatser ska erbjudas där behov finns. Vid intervju med förvaltningen beskrivs att utbildningar har genomförts och att det är i redovisningen av delegeringsbeslut som förvaltningen bedömer att förbättring behöver ske. Utbildningarna har genomförts för chefssekreterargruppen, men inte för chefer då det är sekreterargruppen som arbetar med redovisning/administrationen kring delegeringsärenden. Förvaltningen beskriver även att med anledning av de avvikelser som har noterats kommer registrator och nämndsekreterare att granska alla delegeringsbeslut som anmäls till styrelsen.

2.1.4 Samverkan med primärvården

Revisionen granskade år 2022 sjukhusstyrelsernas arbete med effekter av åtgärdsplaner. En rekommendation som kvarstår från granskningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen.

I 2024 års granskning bedömde revisionen att styrelsen delvis hade tagit hand om rekommendationen. Granskningen visade att fortsatt beredning av ordnad överföring av vård pågick.

Årets uppföljning av rekommendationen baseras på granskning av styrelsens protokoll och handlingar samt intervjuer med förvaltningen. Vi har även tagit del av styrelsens svar på revisionens rekommendationer (fastställt genom styrelsebeslut 5 juni 2025). Styrelsen gav sjukhusdirektören i uppdrag att omhänderta rekommendationerna.

Granskningen visar att styrelsen har haft fokus på frågan om samverkan med primärvården, till exempel genom att ha detta som tema på sina strategidagar under hösten 2025. Samverkan med primärvården är ett av projekten inom sjukhusets programorganisation, Sahlgrenska 6.0, inom området *Överlämning av vård*. Intervjuer med förvaltningen visar även att det finns en ny gemensam rutin för kommun, primärvård och sjukhus, som uppges ge bra förutsättningar för samarbete.

Granskningen visar vidare att sjukhuset under 2024 nominerade områden som kunde överföras till primärvården. Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade i och med beslut om åtgärdsplan beräknat en effekthemtagning på 100 miljoner kronor år 2025 utifrån arbetet med att överföra vård, bland annat till primärvården. Effekten har inte blivit så stor som förväntat då det endast är ett fåtal områden som har överförts. Enligt förvaltningen beror detta på att primärvården inte tar över patientgrupper från sjukhuset, med hänvisning till att resurser och kompetenser för detta saknas. Sahlgrenska Universitetssjukhuset planerar att fortsatt arbeta med att göra primärvården trygg i att kunna ta emot nya patientgrupper, till exempel genom att se till att det finns snabbspår till specialistverksamheten på sjukhuset för primärvårdens läkare.

2.2 Ekonomi

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

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

Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrelsens arbete för en ekonomi i balans. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.2.1 Ekonomiskt resultat

Sjukhusets redovisar för år 2025 ett underskott på -439 miljoner kronor. Avvikelsen motsvarar 1,9 procent av omsättningen. Avvikelsen beror enligt förvaltningen på högre kostnader för ökad vårdproduktion än budgeterat, framför allt i form av fler anställda än planerat men även för tjänster och material. I och med det negativa resultatet för året har Sahlgrenska Universitetssjukhuset sammanlagt ett eget kapital på -1 377 miljoner kronor (per december 2025).

2.2.2 Styrelsens arbete med åtgärder

Revisionen granskade år 2022 sjukhusstyrelsernas arbete med effekter av åtgärdsplaner. En rekommendation som kvarstår från granskningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör säkerställa att styrelsen tar beslut om korrigerande åtgärder om effekten av redan fattade beslut uteblir.

I 2024 års granskning bedömde revisionen att styrelsen delvis hade tagit hand om rekommendationen. Granskningen visade att förväntad effekt av åtgärdsplanerna inte uppnåddes och att det inte var helt tydligt om nya åtgärder eller kompletterande åtgärder vidtogs när åtgärder inte gav den effekt som förväntades.

Årets uppföljning av rekommendationen baseras på granskning av styrelsens protokoll och handlingar samt intervjuer med förvaltningen. Vi har även tagit del av styrelsens svar på revisionens rekommendationer (fastställt genom styrelsebeslut 5 juni 2025). Området har även granskats inom den fördjupade granskningen om ekonomistyrning för god ekonomisk hushållning (se avsnitt 3.2).

Sjukhusets ekonomiska utmaning för 2025

Styrelsen fattade beslut om detaljbudget i november 2024, som reviderades genom ett nytt beslut i december 2024. Detaljbudgeten bygger på uppdraget från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. I detaljbudgeten för 2025 beskrivs sjukhuset stå inför en stor ekonomisk utmaning, trots det arbete som gjorts med att reducera kostnader under 2024. Sjukhuset beräknades behöva reducera kostnaderna med 1 miljard kronor för att nå ett resultat om 120 miljoner kronor 2025, i linje med Västra Götalandsregionens regler för återbetalning av negativt eget kapital.

Regionfullmäktige beslutade i samband med årsredovisningen 2024 (2025-04-08, § 63) att göra avsteg från regelverket och avskriva Sahlgrenska Universitets-sjukhusets underskott från 2022 (motsvarande 120 miljoner kronor) och att avskriva underskott från 2023 under förutsättning att sjukhusstyrelserna har en ekonomi i balans 2025.

Styrelsens åtgärder för ekonomi i balans

Styrelsen antog i samband med detaljbudgetbeslutet en åtgärdsplan för ekonomi i balans. Respektive område hade i samband med budgetbeslutet uppdaterat och kompletterat sina tidigare framtagna åtgärdslistor för 2024. I underlaget beskrivs att målsättningen var att antalet nettoårsarbete skulle minska med cirka 1 000 för att reducera kostnaderna. Totalt skulle sjukhuset spara 1 miljard kronor genom de planerade åtgärderna.

Styrelsen har under 2025 fått löpande information om den ekonomiska utvecklingen under presidie- och styrelsemöten. Den månatliga uppföljningen av ekonomin under styrelsemöten har visat på en sjunkande bedömd effekt av åtgärder för en ekonomi i balans. Redan i mars uppskattade förvaltningen att endast 55 procent av planen skulle få effekt på 2025 års resultat. Alla åtgärder som krävs för en ekonomi i balans ligger

inte inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets rådighet utan kräver beslut från någon annan nämnd eller styrelse. De strukturbeslut som sjukhuset ser som nödvändiga för att kunna reducera kostnaderna har inte tagits av andra parter.

Styrelsen och dess ledamöter har vid upprepade tillfällen under 2025 begärt ytterligare information från förvaltningen om pågående arbete med åtgärder för ekonomi i balans. Vid vissa tillfällen har man även fattat beslut om åtgärder eller att sjukhusdirektören ska bereda förslag på åtgärder.

Styrelsen ställde sig bakom förvaltningens förslag för ytterligare åtgärder den 25 april 2025. I ärendet beskrivs att utgångspunkten för arbetet är den åtgärdsplan som styrelsen antagit i samband med beslut om detaljbudget men att sjukhusdirektören har initierat ytterligare åtgärder för att få ökad genomförandekraft.

Utveckling av antalet nettoårsarbetare

Det har varit ett tydligt mål under hela året att minska antalet nettoårsarbetare. I stället för att minska har dock antalet nettoårsarbetare ökat (441 fler i december 2025 jämfört med 2024). Personalgrupperna som har ökat är vårdpersonal medan administrativ personal har minskat. Sjukhuset har under 2025 haft en central anställningsprövning avseende administrativ personal som inneburit att sjukhusets operativa direktör har prövat behovet av anställningarna. Fram till hösten 2024 användes samma modell för samtliga anställningar men det bedömdes få negativa konsekvenser för verksamheten. Under 2025 har områdeschefer fått besluta om anställning av all personal förutom när det gäller administrativa tjänster. Enligt förvaltningen har man sett en tydlig rekyl när man släppt på den hårda anställningsprövningen. Förvaltningen betonar att de har fortsatt minska hyrbemanningen och minskat sjukfrånvaron, vilket påverkar statistiken över antalet nettoårsarbetare.

Den 25 april 2025 beslutade styrelsen att sjukhusdirektören skulle redovisa målsättning och plan för minskning av personalresurser fördelat per yrkeskategori. Styrelsen fick en redovisning av uppdraget vid styrelsemötet den 5 september (§ 109) men beslutade att återremittera ärendet. Vid styrelsemötet den 26 november gav styrelsen sjukhusdirektören i uppdrag att omedelbart vidta åtgärder för att minska antalet nettoårsarbetare och övriga kostnader, i syfte att minska kostnadsökningen.

Förvaltningen återkom till styrelsen den 17 december (§ 177) med information om de åtgärder som vidtas. Exempel på åtgärder som nämns i underlaget är att arbeta med schemaläggning, hålla personalbudgetar i

balans, uppgiftsväxla och fortsätta med anställningsprövning. Det framgår inte av underlaget vilken effekt åtgärderna förväntas ge avseende nettoårsarbetare och relaterade kostnader.

2.3 Intern kontroll

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

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll. Granskningen visar att styrelsen har identifierat och hanterat väsentliga risker i arbetet med intern kontroll. Samtidigt visar granskningen på vissa brister vad gäller utformningen och uppföljningen av kontroller. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.3.1 Utformning och uppföljning av kontroller

Styrelsen ansvarar enligt *Policy för styrning* för att årligen besluta om en plan för intern kontroll, följa upp genomförda kontroller och vid behov besluta om åtgärder. Syftet med internkontrollplanen är att utföra riktade kontroller för att inom rimliga gränser säkerställa att styrningen är tillräcklig, att målen med verksamheten kan nås och att detta sker på ett effektivt sätt.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en tillämpningsanvisning för arbetet med intern kontroll. Enligt anvisningen ska internkontrollplanen svara på vad som ska kontrolleras, när kontrollen ska genomföras, hur kontrollen ska genomföras, vem som ansvarar och hur resultatet ska rapporteras.

I granskningen av sjukhusets internkontrollplan för 2025 noterar vi att kontrollerna är mycket omfattande. För flera risker framgår det inte heller hur kontrollerna ska genomföras eller vem som ansvarar.

Sahlgrenska Universitetssjukhusets internkontrollplan har följts upp i samband med styrelsemötet i juni. I rapporteringen har förvaltningen bedömt om det finns avvikelser och om åtgärder behöver vidtas. I tjänsteutlåtandet framgår att en avvikelse kan bestå av att kontrollen inte har kunnat genomföras, att risken kvarstår, att rutiner saknas eller inte efterlevs samt att sjukhuset saknar god ordning och reda i rutiner och processer eller inte arbetar systematiskt med uppföljning av ekonomiska

resultat och åtgärdsprogram. I tjänsteutlåtandet framgår även att bedömningarna av kontroller och risker anses vara komplexa.

I uppföljningen av Sahlgrenska Universitetssjukhusets internkontrollplan kan vi se att det för många risker saknas tydliga beskrivningar av resultatet från kontrollerna och analys, vilket gör det svårt att förstå de bedömningar som görs. När det gäller efterlevnad av rutiner går det till exempel inte att utläsa om stickprov har gjorts för att säkerställa efterlevnad, eller på vilken grund förvaltningen annars bedömer att rutinerna efterlevs.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer att styrelsen delvis har en ändamålsenlig styrning och uppföljning av ekonomin. Vidare bedömer vi att styrelsen delvis har en tillräcklig intern kontroll. Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrelsens rapportering av regionfullmäktiges mål och fokusområden, styrelsens arbete för en ekonomi i balans samt utformningen och uppföljningen av kontroller i arbetet med intern kontroll.

Verksamhet

Vi bedömer att rekommendationen avseende tillgänglighet till vård är omhändertagen. Granskningen visar att tillgängligheten till vård på sjukhuset har förbättrats avsevärt jämfört med föregående år. Styrelsen har under året varit aktiv och tagit flera beslut inom ramen för ökad tillgänglighet.

Vidare bedömer vi att styrelsens rapportering av regionfullmäktiges mål endast delvis följer *Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2025*. Vår granskning visar att det är svårt att utläsa hur bedömningen av måluppfyllelsen är gjord, bland annat då redovisningen saknar koppling till tilldelade indikatorer. Vi noterar att delårsrapporteringen har utvecklats med en rubrik där åtgärder för måluppfyllelse redovisas, vilket bedöms positivt. Vi bedömer att det hade förenklats för läsaren om denna rubrik fanns för samtliga mål och fokusområden. Avslutningsvis bedömer vi att rekommendationen om att redovisa vilka åtgärder som kommer att vidtas för att öka måluppfyllelsen om uppföljningen av mål och fokusområden visar på avvikelser är delvis omhändertagen. Rekommendationen kvarstår därmed.

Granskningen av delegeringsbeslut visar på avvikelser i flera av de granskade besluten gällande bland annat information om beslutsfattare, att beslutsunderlag inte finns bilagda och att sammanfattning saknas i besluten. Förvaltningen beskriver att utbildningsinsatser har genomförts under året för chefssekreterargruppen på sjukhuset, vilket bedöms som positivt. Vidare beskriver förvaltningen, att med anledning av de avvikelser som noterats kommer registrator och nämndsekreterare att granska alla delegeringsbeslut som går upp till styrelsen. Vi bedömer, utifrån de insatser som genomförts, att rekommendationen är omhändertagen. Vi bedömer dock att utbildningsinsatserna kan behöva breddas att omfatta även andra funktioner så som chefer i organisationen.

Granskningen visar att sjukhusets samverkan med primärvården har utvecklats de senaste åren, men att det fortsatt finns utmaningar i arbetet med att överföra vård. Mot bakgrund av de åtgärder som sjukhuset har vidtagit bedömer vi att den tidigare rekommendationen är omhändertagen, även om överföring av vård till primärvården kvarstår som ett viktigt område att utveckla även i framtiden.

Ekonomi

Både den grundläggande och den fördjupade granskningen av styrelsens ekonomistyrning visar att styrelsen delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning av ekonomin. Granskningen visar att styrelsen har varit aktiv och fattat beslut om åtgärder för en ekonomi i balans vid flera tillfällen under året. Därmed bedömer vi att den tidigare rekommendationen på ekonomiområdet är omhändertagen.

Samtidigt bedömer vi att åtgärderna för ekonomi i balans inte alltid har varit realistiska eller tydliga. Granskningen visar att det redan tidigt under 2025 stod klart att åtgärdsplanen innehöll många åtgärder som inte skulle få förväntad effekt för det ekonomiska resultatet. Vid styrelsens senare beslut om kompletterande åtgärder är det inte tydligt i underlagen vilken effekt som åtgärderna förväntas få. Styrelsen har prioriterat ökad produktion i arbetet med ekonomi i balans, men detta har i viss mån stått i konflikt med målsättningen att minska personalkostnaderna. Åtgärderna har inte varit tillräckliga för att hålla verksamheten inom budgetramen. Styrelsen får två nya rekommendationer utifrån granskningen.

Intern kontroll

Vi bedömer att styrelsen behöver säkerställa att internkontrollplanen är tydlig så att riktade kontroller genomförs i enlighet med *Policy för styrning*. Som kontrollerna är utformade idag bedömer vi att det finns risk

för att planen inte utgör ett effektivt verktyg för att hantera identifierade risker. Vidare bedömer vi att styrelsen behöver säkerställa att uppföljningen av kontrollerna redovisar analyser som grund för de bedömningar som görs. Utan ett tydligt underlag finns det risk att styrelsen inte får tillräckligt med information för att vid behov kunna vidta åtgärder utifrån uppföljningen.

Rekommendationer utifrån den grundläggande granskningen

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

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa att det i kontrollplanen tydligt framgår vad som ska kontrolleras, vem som ansvarar samt när och hur kontrollen ska genomföras och återrapporteras.
- säkerställa att det av uppföljningen av kontrollplanen framgår vad kontrollerna visar, om det finns avvikelser och om åtgärder behöver vidtas.

3. Fördjupad granskning

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

3.1 Informationssäkerhet

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån Azets på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i december 2025. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Västra Götalandsregionen hanterar stora mängder känslig och skyddsvärd information.¹ Nämnder och styrelser ansvarar för att informationen behandlas och skyddas på ett ändamålsenligt sätt, samtidigt som tillgång och öppenhet säkerställs enligt offentlighetsprincipen.

¹ Skyddsvärd innebär att informationen är värd att skydda med hänsyn till vad konsekvensen av skadan blir om tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet röjs.

Syftet med granskningen var att bedöma om det bedrivs ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet.

Granskningen omfattade styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Sjukhusen i väster och styrelsen för fastighet, stöd och service.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att arbetet hos styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset endast delvis är ändamålsenligt.

Granskningen visar att det finns en tydlig styrning genom ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) och att styrelsen har god kännedom om regelverket. Samtidigt bedöms ansvarsfördelningen enligt riktlinjerna inte fullt ut följas, då styrelsens och förvaltningschefens delaktighet i styrning och uppföljning inte har kunnat verifieras. Det finns även risk för att informationssäkerhetsarbetet inte bedrivs tillräckligt systematiskt, bland annat till följd av bristande resurser och kompetens.

Substansgranskningen visar i huvudsak god följsamhet till styrande dokument avseende informationsklassning, riskhantering och kontinuitetshantering. Däremot saknas dokumenterade rutiner för hantering och rapportering av informationssäkerhetsincidenter till styrelsen, liksom ett tillfredsställande och systematiskt genomförande av utbildnings- och uppföljningsinsatser.

Följande rekommendationer lämnade vi till styrelsen med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa fortsatt implementering av beslutade styrdokument som ingår i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD)
- påtala behov av att rutin för hantering av informationssäkerhetsincident, upprättas och etableras i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD), till ansvariga
- säkerställa att organisationen är anpassad genom resurser och kompetens så att informationssäkerhetsarbetet har förutsättningar att vara systematiskt i enlighet med krav som ställs genom interna styrdokument och lagkrav
- vidta åtgärder för att höja deltagarantalet i grundutbildningar i syfte att säkerställa ett regelbundet genomförande

- säkerställa att uppföljning och rapportering av informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter sker med regelbundenhet
- säkerställa att ansvar för styrelsen och förvaltningschef upprätthålls i enlighet med dokumenterad ansvarsfördelning i interna styrdokument
- säkerställa att utbildning och informationsinsatser genomförs med högre grad av systematik så att insatser bidrar till en god säkerhetskultur inom informationssäkerhet.
- säkerställa att ett uppföljningsarbete etableras som kan utgöra underlag för styrelsen i beslut om åtgärder för att stärka informationssäkerheten.

3.2 God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelsen har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och lång sikt.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt. De har i stor utsträckning fattat nödvändiga beslut, men revisionen ser att en mer ändamålsenlig styrning utifrån Västra Götalandsregionens ekonomiska principer måste till.

Enligt kommunallagen ska regionen ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. God ekonomisk hushållning innebär att regioner ska ha goda förutsättningar för att både kort- och långsiktigt klara av sin ekonomi och verksamhet. Detta innebär att intäkterna ska överstiga kostnaderna och att verksamheten ska bedrivas effektivt och ändamålsenligt.

Regionfullmäktiges riktlinje för god ekonomisk hushållning anger finansiella mål för Västra Götalandsregionen. Nämnder, styrelser och bolag ska värna om och utveckla verksamheterna på ett för medborgarna kvalitativt, säkert och effektivt sätt inom de ekonomiska ramarna. Riktlinjen slår fast att om god ekonomisk hushållning inte har uppnåtts krävs åtgärder för att omhänderta de problem som ligger till grund för den bristande målpuppfyllelsen.

Revisionen bedömer att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har en tillräcklig styrning och genomförande av ekonomiska beslut, mål, uppdrag och åtgärder. Styrelsen har beslutat om åtgärder och varit aktiv under året. Samtidigt bedömer vi att åtgärderna inte fullt ut varit realistiska eller tydliga.

Enligt Policy² för styrning i Västra Götalandsregionen 2023-2026, ska nämnders och styrelser styrning ska vara tillräcklig för att bland annat analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling. Samtliga åtgärder som krävs för en ekonomi i balans ligger inte inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets rådighet, utan kräver beslut från någon annan nämnd eller styrelse.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har delvis en tillräcklig uppföljning och analys av ekonomin. När det gäller Sahlgrenska Universitetssjukhuset konstateras att uppföljning av de ekonomiska riskerna i internkontrollplanen brister vad gäller bedömning och analys.

Granskningen visar att samtliga sjukhusstyrelser delvis har en konsekvent tillämpning av regionens principer för ekonomi i balans. Vi konstaterar att samtliga sjukhusstyrelser inte har en god budgetföljksamhet. Samtliga sjukhusstyrelser redovisar stora budgetavvikelser.

Avslutningsvis bedömer vi att sjukhusstyrelserna endast delvis anpassat sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering de har fått. Enligt rutin för nämnder och styrelser rapportering av detaljbudgeten 2025,³ ska det tydligt framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans, samt en värdering av de åtgärder styrelsen eller nämnden har beslutat om. Flera av sjukhusstyrelserna har beslutat om åtgärder som inte motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset att

² Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023-2026, dnr RS 2023-06348.

³ Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2025 och planperioden 2026–2027 samt månadskommentarer, delårsrapportering och årsredovisning 2025, Dnr RS 2024-03302

- se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.
- se till att åtgärder som beslutas för en verksamhet och ekonomi i balans, ligger inom styrelsens egen rådighet.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

Uppföljning av följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Verksamhet – Tillgänglighet till vård (2023), se 2.1.1
- Verksamhet – Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål (2024), se 2.1.2
- Verksamhet – Beslut fattade på delegation från styrelsen (2024), se 2.1.3
- Ekonomi – Effekter av åtgärdsplaner (2022), se 2.2.2

4.1 Uppföljning av samordnade insatser för barn och unga

Revisionen granskade tillsammans med Stadsrevisionen Göteborgs Stad 2023 samverkan kring barn och unga. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.
- stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.
- arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom att ta del av styrelsens yttrande från 2024 samt genom kompletterande skriftliga frågor till förvaltningen under 2025.

Åtgärder har vidtagits för stärkt styrning och uppföljning

I styrelsens yttrande från 2024 anges att det finns förslag om att Samordnad individuell plan (SIP)/samverkan blir till en stående punkt i den årliga verksamhetsberättelsen. Detta i syfte att ledningsstrukturen kan följa arbetet med samverkan inom Drottning Silvias barnsjukhus. I yttrande från förvaltningen 2025 framkommer att barnsjukhuset har ökat förutsättningarna för styrning genom införande av SIP-samordnare. Barn- och ungdomspsykiatrien har sedan tidigare utsedd SIP-samordnare. I yttrandet från 2025 anges även att utbildningar kring SIP genomförs inom ramen för vårdsamverkan. Processen med SIP upplevs av förvaltningen numera vara väl integrerad i verksamheten. I detta yttrande anges även att det pågår ett omfattande och aktivt arbete för förbättrad samverkan med andra huvudmän, som kommun och myndigheter. Verksamheten har även påbörjat ett arbete för att ta fram rutin för när barn- och ungdomspsykiatrien ska delta i SIP-möten.

I styrelsens yttrande från 2024 angavs att det fanns förslag om att uppföljningen ska stärkas genom att SIP- och SAMSA⁴-samordnare under hösten 2023 genomförde kartläggning avseende SIP-arbetet och kunskapsnivån samt tar fram förbättringsförslag avseende rutiner. Vidare beskrivs att under 2024 ska SIP-utbildare, i dialog med verksamhetsledningen, se över mandat för genomförande av operativ uppföljning inom barn- och ungdomspsykiatrien/neuropsykiatrisk mottagning barn och ungdom av att SIP-processens riktlinjer efterföljs.

I yttrandet 2024 framkom även en plan att SIP-utbildare under hösten 2024 skulle föra dialog med verksamhetsledning i syfte att utöka SIP-utbildarnas mandat till att bedriva operativ uppföljning inom samtliga enheter inom barn- och ungdomspsykiatrien/ neuropsykiatrisk mottagning barn och ungdom. Detta i syfte att säkerställa att SIP-processens riktlinjer efterföljs.

I förvaltningens svar 2025 hänvisas till Temagrupp barn och unga (vårdsamverkan) vad gäller uppföljning av avvikelserapportering. I svaret anges även att barn- och ungdomspsykiatrien i sin uppföljningsrapport (den

⁴ SAMSA är ett it-stöd för kommunikation mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland.

så kallade Teamvyn) ges en operativ uppföljning där behandlaren och ledningen kan följa individuella SIP-ärenden och även ge ledningen en överblick av fördelningen av SIP mellan de olika mottagningarna. Den somatiska verksamheten inom Drottning Silvias barnsjukhus saknar motsvarande funktion med hänvisning till att de i mer begränsad omfattning är involverade i SIP-processer för barn och unga.

Utmaningar kvarstår vad gäller digital samverkansyta

Vad gäller rekommendationen att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta har i styrelsens yttrande 2024 framkommit att programmen SAMSA alternativt Samsyn (inom ramen för program Millennium) kommer implementeras som digital samverkansyta fullt ut under 2025/2026. SIP-samordnare och SAMSA-samordnare har i uppdraget tätt samverkan om hur de kan påbörja implementeringsprocessen av digital samverkansyta under hösten 2024. I förvaltningens yttrande 2025 anges verksamheter ha testat SAMSA men att vinsten med systemet bygger på att alla involverade använder samma it-stöd. Sahlgrenska Universitetssjukhuset anger även att de har lyft frågan om digital samverkansyta inom vårdsamverkan i Temagrupp barn och unga⁵. Enligt yttrandet håller förvaltningen även på att ta fram en rutin för användning av SAMSA vid SIP.

Vi kan i våra sammanvägda iakttagelser konstatera att det i övrigt inte har skett några väsentliga framsteg i frågan om digital samverkansyta sedan granskningen genomfördes 2023. Faktum kvarstår att en ökad och bredare användning av SAMSA avseende SIP barn och unga hindras av att flertalet verksamheter inte använder sig av systemet. Hälso- och sjukvårdens verksamheter inom Västra Götalandsregionen har inväntat införandet av det nya informationshanteringssystemet (Millennium) och därmed tillhörande programvara för samverkan med kommuner (SAMvy). Efter pausat införande och därmed oklarhet i vad som kommer ske framöver påverkas även möjligheterna att införa SAMvy som gemensam it-tjänst. Till dess att SAMvy finns på plats är det fortfarande SAMSA som utgör den it-tjänst som ska användas. Dock visar vår uppföljning, precis som vår granskning 2023, att inte alla verksamheter använder SAMSA.

Det tycks som att frågan om SAMSA i hög grad är en lednings- och styrfråga där det saknas gemensamt fattade beslut och även saknas forum som kan

⁵ Temagruppen har ansvar för att leda och driva samverkan kring barns och ungas hälsa i Göteborgsområdet inom ramen för vårdsamverkan i Göteborgsområdet. Gruppen består av verksamhetsansvariga chefer i linjeorganisationen eller andra nyckelpersoner med lämplig kunskap från både regionen och staden.

besluta om att samtliga berörda ska införa och arbeta i en gemensam it-lösning, oavsett vilken denna är. Temagruppen har inte detta mandat, utan respektive linjeorganisation måste fatta dessa beslut.

Vi uppmanar därför samtliga nämnder och styrelser att fortsatt verka för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att rekommendationerna är omhändertagna. Vi vill dock understryka vikten av att styrelsen fortsätter arbetet för att realisera en gemensam digital it-lösning för samverkan.

4.2 Uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering

Revisionen granskade år 2023 bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid sjukhus. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion
- tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom att ta del av styrelsens svar på revisionsrapporten.

I styrelsens svar på revisionsrapporten framgår att arbetet i funktionsgrupp Operativ ledning och styrning har fortlöpt väl och samtliga områden på sjukhuset är representerade av sin operativa chef. Styrelsen beslutade i april 2024 om en handlingsplan för patienter som väntat över ett år på operation, vilket har resulterat i ökad produktion och förbättrad tillgänglighet för patientgruppen. Vidare beskrivs funktionsgruppen vara aktiv i den årliga analysen av vårdbehov och kapacitet inför kommande år och den sjukhusövergripande rapporteringen utvecklats för att möjliggöra gemensam analys av produktion och kapacitet. Sjukhuset beskrivs även vara aktiva i Socialstyrelsens nätverk för produktions- och kapacitetsstyrningsfrågor för att utbyta kunskap med andra regioner.

Avslutningsvis beskrivs att för att spegla det regionala projektet för gemensam produktions- och kapacitetsstyrning har Sahlgrenska

Universitetssjukhuset startat en intern projektgrupp som bland annat samarbetar kring projekt om införandet av ett regiongemensamt schemaplaneringssystem. Det upphandlade systemet beskrivs kunna samplanera personalscheman med produktion, resurser och kompetenser. En pilot av projektet genomfördes på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under 2025, med preliminärt breddinförande vid regionens sjukhusförvaltningar hösten 2026.

4.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att rekommendationerna är omhändertagna.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Sjukhusen i väster

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för sjukhusen i väster – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00058

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Emelie Duong, Karin Iveroth Persson och Rickard Johansen

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Anne-Lie Sundling och Sven Liljegren

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	9
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	12
Revisionens uppdrag.....	13

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- god ekonomisk hushållning (fördjupad granskning)
- informationssäkerhet (fördjupad granskning)
- uppföljning.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Vidare bedömer vi att styrelsen delvis har skött ekonomin på ett tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen har varit tillräcklig.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
Granskning av god ekonomisk hushållning Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans (2025).
Granskning av informationssäkerhet Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa fortsatt implementering av beslutade styrdokument som ingår i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD) (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att påtala behov av att rutin för hantering av informationssäkerhetsincident, upprättas och etableras i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD), till ansvariga (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att organisationen är anpassad genom resurser och kompetens så att informationssäkerhetsarbetet har förutsättningar att vara systematiskt i enlighet med krav som ställs genom interna styrdokument och lagkrav (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta åtgärder för att höja deltagarantalet i grundutbildningar i syfte att säkerställa ett regelbundet genomförande (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att uppföljning och rapportering av informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter sker med regelbundenhet (2025).

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar på vissa brister vad gäller åtgärdsarbetet för en ekonomi i balans. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.1.1 Styrelsens åtgärder för en ekonomi i balans

2.1.2 Ekonomiskt resultat

Styrelsen gör för året ett ekonomiskt minusresultat på 172 miljoner kronor. Redan i början av 2025 stod det klart att styrelsen inte skulle kunna uppnå en ekonomi i balans under året. I januari lämnade förvaltningen en prognos på ett negativt resultat för helåret på 80 miljoner kronor. Denna prognos har sedan under året justerats ner. I styrelsens delårsrapport per augusti var prognosen för helåret ett negativt resultat om 150 miljoner kronor. Detta var även förvaltningens prognos per november. Det försämrade resultatet för helår förklaras framför allt av lägre intäkter med anledning av beslut om att Sjukhusen i väster ska återbetala 16 miljoner kronor av fast anslag som avser drift av Högsbo Närsjukhus på grund av utebliven produktion. Resultatet förklaras även av ökade personalkostnader och kostnader för verksamhetsanknutna tjänster.

2.1.3 Styrelsens arbete med åtgärder

Styrelsen har fattat beslut om en budget för 2025 med ett positivt resultat på 113 miljoner kronor, för att balansera underskott från 2022. I budgeten beskrivs att Sjukhusen i väster fortsatt har ekonomiska utmaningar. Utöver de åtgärder som är inarbetade i budgeten arbetar förvaltningen med ett åtgärdsprogram, vilket styrelsen tog beslut om i september 2024. Därtill har styrelsen vid ett antal tillfällen under året gett direktör och förvaltning kompletterande uppdrag kopplade till åtgärdsarbetet. Exempelvis fattade styrelsen i juni beslut om att intensifiera arbetet med särskild anställningsprövning och redovisa resultaten av arbetet.

Förvaltningen fick 2025 kompensation för ökade hyreskostnader från genomförda lokalinvesteringar, men nekades det ägarstöd som äskades av regionstyrelsen för att täcka driften av Högsbo närsjukhus. Kostnaden på 49 miljoner kronor har i stället behövt hanteras inom åtgärdsarbetet för budget i balans.

Av granskningen framgår att förvaltningens ekonomistyrning är organiserad i tre nivåer: förvaltning, verksamhet och enhet. Varje chef ansvarar för sin budget och för sitt utfall. Varje verksamhetschef ansvarar för att nå produktionsmålen för den verksamheten inom angiven ram. Till stöd har chefen controller, HR-specialist från stab samt verksamhetsutvecklare i den egna verksamheten. Verksamhetschefer beskriver att de till stor del har mandat att genomföra nödvändiga åtgärder, men att verksamheterna i olika grad kan ha ett begränsat handlingsutrymme på grund av organisatoriska skäl, politiska avvägningar eller beslut i ledningsgrupp. Vissa åtgärder som legat utanför

verksamheternas egna mandat har inte alltid kunnat genomföras. Exempelvis avslog operativa hälso- och sjukvårdsnämnden en föreslagen konsolidering av gynekologiska utbudspunkter till Kungälv och Angered.

Som komplement till åtgärdsprogrammen pågår även specifika uppdrag och projekt för att stärka den löpande ekonomin och möjliggöra strukturella effektiviseringar i förvaltningen.

Resultat av åtgärdsarbetet rapporteras i årsrapporten för 2025. Vad gäller de åtgärder som beslutades i samband med budgeten om 135 miljoner är måluppfyllelsen 77 procent. Det vill säga att åtgärder har genomförts för cirka 105 miljoner kronor. Vad gäller den åtgärdsplan som styrelsen beslutade 2024 har endast ett fåtal åtgärder kunnat genomföras på sammanlagt cirka 20 miljoner kronor. Anledningen till detta är bland annat politiska beslut i andra instanser, exempelvis bordlade Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ärendet om utskiftning av akut gående flöde. Andra åtgärder har bedömts behöva utredas vidare, exempelvis konsolidering av vissa verksamheter. De åtgärder som har genomförts rör effektiviseringar inom administrativa roller och processer.

2.1.4 Styrelsens uppföljning och rapportering

Styrelsen får månadsrapporter i vilka den ekonomiska utvecklingen beskrivs. I månadsrapporteringen inkluderas en detaljerad lista över åtgärder som vidtas för ekonomi i balans och en sammanställning som visar uppnådd effekt av åtgärder samt prognosticerad effekt på helår. Styrelsen får månatligen även en uppdaterad månads- och årsprognos per resultatrad samt analys av avvikelser från dessa. Däremot har vi noterat att det saknas en tydlig analys av hur avvikelser påverkar vårflöden, personalens arbetsmiljö, patientsäkerhetsarbetet eller andra relevanta delar av verksamheter.

På förvaltningsnivå sammanställer förvaltningsledningen verksamheternas lägesbilder för ekonomi, produktion och personal och rapporterar dessa till styrelsen. Förvaltningschef, ekonomichef, produktionschef och HR-chef följer månadsvis upp alla verksamhetsområden och har återkommande dialoger med verksamhetschefer om utfall, analys, prognos och behov av åtgärder. Verksamheter med störst avvikelser kallas dessutom till särskilda controllingmöten varje månad.

Vad gäller uppföljning och analys på verksamhets- och enhetsnivå beskrivs detta av verksamhetscheferna fungera väl. Det finns interna riktlinjer som styr vad som ska följas upp. Utöver den egna uppföljningen genomför förvaltningens controllers månatlig uppföljning av produktion och ekonomi (även personal) för allaverksamheter.

2.1.5 Övriga iakttagelser

Under 2025 fattade styrelsen flera beslut för att stärka ekonomin, bland annat att komplettera åtgärdsplanen, uppdra åt sjukhusdirektören att ta fram ytterligare åtgärder, hantera konsekvenser av beslut om akutflöden, intensifiera arbetet med anställningsprövning samt skärpa kostnadskontrollen i verksamheter med stora avvikelser. Styrelsen beslutade även om tre ekonomiska risker och tillhörande kontroller i kontrollplanen för 2025.

2.2 Intern kontroll

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi granskat. Granskningen visar på vissa brister vad gäller arbetet med att hålla verksamheten inom de ekonomiska ramarna. Trots de noterade bristerna är vår bedömning att styrelsen har en tillräcklig styrning samt uppföljning och analys av sin ekonomi. Styrelserna har tidigt på året vidtagit åtgärder för att ha en ekonomi i balans.

3. Fördjupad granskning

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

3.1 God ekonomisk hushållning - ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionsenheten på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelser har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Sjukhusen i väster delvis har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt. De har i stor utsträckning fattat nödvändiga beslut, men revisionen ser att en mer ändamålsenlig styrning utifrån Västra Götalandsregionens ekonomiska principer måste till.

Enligt kommunallagen ska regionen ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. God ekonomisk hushållning innebär att regioner ska ha goda förutsättningar för att både kort- och långsiktigt klara av sin ekonomi och verksamhet. Detta innebär att intäkterna ska överstiga kostnaderna och att verksamheten ska bedrivas effektivt och ändamålsenligt.

Regionfullmäktiges riktlinje för god ekonomisk hushållning anger finansiella mål för Västra Götalandsregionen. Nämnder, styrelser, och bolag ska värna om och utveckla verksamheterna på ett för medborgarna kvalitativt, säkert och effektivt sätt inom de ekonomiska ramarna. Riktlinjen slår fast att om god ekonomisk hushållning inte har uppnåtts krävs åtgärder för att omhänderta de problem som ligger till grund för den bristande måloppfyllelsen.

Revisionen bedömer att styrelsen för Sjukhusen i väster har en tillräcklig styrning och genomförande av ekonomiska beslut, mål, uppdrag och åtgärder. Styrelsen har tidigt på året vidtagit åtgärder för att ha en ekonomi

i balans. Revisionen bedömer vidare att styrelsen har en tillräcklig uppföljning och analys av sin ekonomi och åtgärder för en ekonomi i balans.

Granskningen visar att samtliga sjukhusstyrelser delvis har en konsekvent tillämpning av regionens principer för ekonomi i balans. Vi konstaterar att samtliga styrelserna för sjukhusen inte har en god budgetföljsamhet. Samtliga sjukhusstyrelser redovisar stora budgetavvikelser.

Avslutningsvis bedömer vi att sjukhusstyrelserna endast delvis har anpassat sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering som de har fått. Enligt rutin för nämnder och styrelser rapportering av detaljbudgeten 2025¹, ska det tydligt framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans, samt en värdering av de olika åtgärderna som styrelsen eller nämnden har beslutat om. Flera av sjukhusstyrelserna har beslutat om åtgärder som inte motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.

Revisionen rekommenderar styrelsen för Sjukhusen i väster att:

- se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.

3.2 Informationssäkerhet

Västra Götalandsregionen hanterar stora mängder känslig och skyddsvärd information². Nämnder och styrelser ansvarar för att informationen behandlas och skyddas på ett ändamålsenligt sätt, samtidigt som tillgång och öppenhet säkerställs enligt offentlighetsprincipen.

Syftet med granskningen var att bedöma om det bedrivs ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet.

Granskningen omfattade styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och sjukhusen i Väster samt styrelsen för fastighet, stöd och service.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att arbetet hos styrelsen för sjukhusen i Väster i allt väsentligt är ändamålsenligt.

¹ Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2025 och planperioden 2026–2027 samt månadskommentarer, delårsrapportering och årsredovisning 2025, Dnr RS 2024–03302

² Skyddsvärd innebär att informationen är värd att skydda med hänsyn till vad konsekvensen av skadan blir om tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet röjs

Granskningen visar att det finns en tydlig styrning genom ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd (LISD). Styrelsen och förvaltningschef är delaktiga i styrning och uppföljning, bland annat genom beslut om organisation och handlingsplan samt genom regelbunden rapportering till styrelsen.

Substansgranskningen visar i huvudsak god följsamhet till styrande dokument avseende informationsklassning, riskhantering och kontinuitetshantering. Det finns dock förbättringsområden, bland annat avseende dokumenterade rutiner för hantering och rapportering av informationssäkerhetsincidenter samt fortsatt behov av att säkerställa ett regelbundet genomförande av utbildningsinsatser.

Med anledning av granskningen lämnade vi följande rekommendationer:

- Säkerställ fortsatt implementering av beslutade styrdokument som ingår i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD)
- Påtala behov av att rutin för hantering av informationssäkerhetsincident, upprättas och etableras i ledningssystem för informationssäkerhet och dataskydd (LISD), till ansvariga.
- Säkerställ att organisationen är anpassad genom resurser och kompetens så att informationssäkerhetsarbetet har förutsättningar att vara systematiskt i enlighet med krav som ställs genom interna styrdokument och lagkrav.
- Vidta åtgärder för att höja deltagarantalet i grundutbildningar i syfte att säkerställa ett regelbundet genomförande.
- Säkerställa att uppföljning och rapportering av informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter sker med regelbundenhet.

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån Azets på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i december 2025. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

Uppföljning av följande rekommendation redovisas enligt nedan:

- Ekonomi – åtgärder för budget i balans (2024), se 2.2.1.

4.1 Uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.

Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom dokumentstudier. Uppföljningen visar att ett systemstöd har upphandlats på regionalgemensam nivå. Det upphandlade systemet beskrivs kunna samplanera personalscheman med produktion, resurser och kompetenser. En pilot av projektet har genomförts på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under 2025 med preliminärt breddinförande för samtliga sjukhusförvaltningar hösten 2026.

4.1.1 Bedömning

Revisionens bedömning är att pågående arbete omhändertar rekommendationerna. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen Skaraborgs sjukhus

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Skaraborgs sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00078

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Maria Gabrielsson Fredrikson och Martin Andersson

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Marie Engström Rosengren och Elving Andersson

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	7
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	9
Revisionens uppdrag.....	13

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- fördjupad granskning – god ekonomisk hushållning
- granskning av räkenskaper
- uppföljning

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt, att styrelsens ekonomi huvudsakligen har skötts på ett tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen har varit tillräcklig inom de områden som vi har granskat.

1.1 Rekommendationer

Rekommendationerna syftar till att utveckla och förbättra styrelsens verksamheter. Under året har revisionen granskat kvarstående rekommendationer från tidigare år, vilka varit:

- Uppföljning av Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (2023)
- Informations- och cybersäkerhet (2022)
- Granskning av effekter av åtgärdsplaner (2022)
- Granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga (2021)

Vår granskning redovisas i avsnitt 4. Uppföljning av tidigare rekommendationer nedan. Vi bedömer att samtliga kvarstående rekommendationer är omhändertagna.

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.1 Ekonomi

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

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

Granskningen visar på vissa brister avseende följsamhet till beslutade budgetmål. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

Ekonomiskt resultat

Styrelsens ekonomiska resultat för 2025 är – 59,3 miljoner kronor, budgeterat resultat är +37,0 miljoner kronor. Det negativa resultatet förklaras av flera tillkommande kostnader som låg utanför den ursprungliga bedömningen.

Styrelsens arbete med åtgärder

Styrelsen har för 2025 riktat ett effektiviseringskrav på 150 miljoner kronor mot verksamheten. Uppföljning av åtgärdsarbetet visar en uppnådd effekt på 144,2 miljoner kronor.

En riskanalys har genomförts med syfte att identifiera risker som behöver omhändertas av styrelsen och/eller förvaltningen avseende beslutad detaljbudget 2025. En åtgärdsplan har tagits fram för respektive riskområde med uppdelat åtgärdsansvar mellan förvaltning och styrelse. Redovisning av hur förslag på åtgärder omhändertas sker på arbetsmiljökommitté och sjukhusets systematiska arbetsmiljöarbete.

I arbetet för en ekonomi i balans anger styrelsen att det ingår att öka produktiviteten och effektiviteten i organisationen och har tagit beslut om en handlingsplan för detta inför 2025. Uppföljning av arbetet har skett genom indikatorer och aktiviteter i styrelsens verksamhetsplan. Uppföljning av handlingsplanen har redovisats för styrelsen i maj och oktober 2025.

Styrelsens uppföljning och rapportering

Lägesbilder och uppföljningar av pågående arbete som påverkar styrelsens ekonomi tas upp på möten och det informeras löpande om ekonomisk ställning i delårsrapporter, månadskommentarer och månadsrapporter.

Efter genomförd riskanalys med syfte att identifiera risker som behöver omhändertas avseende beslutad detaljbudget 2025 har styrelsen tillskrivit regionstyrelsen, operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och personalutskottet i frågor som ligger utanför styrelsens rådighet.

Övriga iakttagelser

Internkontrollplanen för 2025 omfattar uppföljning av att: -
Budgetunderskott kan leda till svåra prioriteringar i styrelsearbetet där medborgarperspektiv och vårdperspektiv kan hamna i konflikt. Kontroller har skett genom att åtgärdsplanen för en ekonomi och verksamhet i balans

följs upp månadsvis på möte med styrelsen för möjlighet att fatta beslut om ytterligare åtgärder om effekt uteblir.

2.2 Intern kontroll

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

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.3 Bedömning grundläggande granskning

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

3. Fördjupad granskning

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

3.1 God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelser har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har bidragit till en god ekonomisk hushållning genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt, enligt policy för styrning i Västra Götalandsregionen och regionfullmäktiges budget 2025.

Enligt kommunallagen ska regionen ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. God ekonomisk hushållning innebär att regioner ska ha goda förutsättningar för att både kort- och långsiktigt klara av sin ekonomi och verksamhet. Detta innebär att intäkterna ska överstiga kostnaderna och att verksamheten ska bedrivas effektivt och ändamålsenligt.

Regionfullmäktiges riktlinje för god ekonomisk hushållning anger finansiella mål för Västra Götalandsregionen. Nämnder, styrelser, och bolag ska värna om och utveckla verksamheterna på ett för medborgarna kvalitativt, säkert och effektivt sätt inom de ekonomiska ramarna. Riktlinjen slår fast att om god ekonomisk hushållning inte har uppnåtts krävs åtgärder för att omhänderta de problem som ligger till grund för den bristande måluppfyllelsen.

Revisionen bedömer att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har en tillräcklig styrning och genomförande av ekonomiska mål, uppdrag och åtgärder. Styrelsen har tidigt på året vidtagit åtgärder för att ha en ekonomi i balans. Vi konstaterar att styrelsen har en tillräcklig uppföljning och analys av sin ekonomi och åtgärder för en ekonomi i balans.

Granskningen visar att samtliga sjukhusstyrelser delvis har en konsekvent tillämpning av regionens principer för ekonomi i balans. Vi konstaterar att sjukhusstyrelserna inte har en god budgetföljsamhet. Samtliga sjukhusgrupper redovisar stora budgetavvikelser.

Avslutningsvis bedömer vi att sjukhusstyrelserna endast delvis har anpassat sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering som de har fått. Enligt rutin för nämnder och styrelser rapportering av detaljbudgeten 2025,¹ ska det tydligt framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans, samt en värdering av de olika åtgärderna som styrelsen eller nämnden har beslutat om. Flera av sjukhusstyrelserna har beslutat om åtgärder som inte motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.

Revisionen lämnar ingen rekommendation till styrelsen för Skaraborg sjukhus.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

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

Uppföljning av följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Uppföljning av Granskning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi (2023)
- Informations- och cybersäkerhet (2022)
- Granskning av effekter av åtgärdsplaner (2022)
- Granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga (2021)

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

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion vid Västra Götalandsregionens sjukhus i egen regi 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

- Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.
- Revisionen rekommenderar att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Vi har i år följt upp rekommendationerna genom att ställa frågor till förvaltningsledningen samt ta del av dokumentation om styrelsens arbete med att omhänderta rekommendationerna. Uppföljningen visar att i protokoll från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus i maj 2025 finns yttranden avseende revisionens granskning 2024 om:

- produktions-, bemannings och kapacitetsstyrning

I yttrandet presenteras verksamhetens arbetssätt och åtgärder kopplade till de identifierade utvecklingsområdena. Styrelsen har bland annat infört ett produktions- och kapacitetsplaneringsverktyg för samplanering av scheman mellan verksamheter samt inom verksamheter och yrkesgrupper.

I dialogmöte med styrelsens presidium har uppgetts att Styrelsen har beslutat om en handlingsplan som omfattar sju områden som de fokuserar på för att nå ökad produktivitet och effektivitet. Styrelsen följer arbetet och får löpande åiterrapportering om utvecklingen.

Styrelsens presidium har angett att ett förbättringsarbete pågår och en effekt är att Skaraborgs sjukhus har kortat köerna för långväntarna. Arbetet med produktions och kapacitetsstyrning har varit en viktig del i denna utveckling.

4.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

4.2 Informations- och cybersäkerhet

Revisionen granskade informations- och cybersäkerhet 2022. I rapporten lämnade revisionen fem rekommendationer och av dessa kvarstår tre i år. I granskningen för 2025 har vi ställt frågor om styrelsens arbete med att omhänderta rekommendationerna och fått svar att styrelsen jobbar efter de rekommendationer som revisorskollegiet lämnat i fördjupningen men att inga särskilda beslut tagits.

- Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att upprätta förvaltningsspecifika rutiner avseende hantering av behörighet som kopplar an mot de regionövergripande riktlinjerna samt säkerställa att kontroller av tilldelade behörigheter genomförs. (2022).
- Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att säkerställa att obligatoriska utbildningar som svarar mot verksamhetens behov genomförs och att deltagandet följs upp. (2022).
- Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelsen att upprätta kontinuitetsplaner för att säkerställa verksamhetens fortgående vid en eventuell incident samt säkerställa att dessa testas med regelbundenhet.

På ett möte 2025-06-09 anger styrelsens förvaltningsledning att sjukhuset jobbar efter de rekommendationer som revisorskollegiet lämnat i

fördjupningen. Detta styrks bland annat av arbetet inom intern kontroll där det framgår att informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet har stärkts genom regelbundna utbildningar och riktade insatser för ledningsgrupper och arbetsgrupper. Även kompetenshöjning inom informationssäkerhetsteamet har skett genom MSB-utbildning och MSB:s mognadsdialog.

I möte med förvaltningsledningen 2026-01-29 beskrivs arbetet med styrelsens rutiner och arbete med kontinuitetsplaner. I årsredovisningen anges att Skaraborgs sjukhus under 2025 har fortsatt att strukturera arbetet med informationssäkerhet och dataskydd och att ett omfattande arbete med kontinuitetsplanering pågår.

4.2.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationerna.

4.3 Granskning av effekter av åtgärdsplaner

Revisionen granskade effekter av åtgärdsplaner 2022 och till årets granskning kvarstod en rekommendation. Den avser:

- Revisionen rekommenderar sjukhusstyrelserna att utveckla samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom att ställa frågor till förvaltningsledningen samt ta del av dokumentation om styrelsens arbete med att omhänderta rekommendationen. Uppföljningen visar att i protokoll från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus i maj 2025 finns yttrande avseende revisionens granskning 2024 om:

- Utveckling av samverkan med primärvården

I yttrandet beskrivs den återkommande dialog som styrelsens presidium har med Närhälsans presidium för att stärka samverkan mellan förvaltningarna. Utöver dessa kontakter en gemensam framtidsdialog genomförts mellan Skaraborgs sjukhus, Närhälsan samt samtliga 15 kommuner i Skaraborg. Syftet med mötet var att ytterligare fördjupa samarbetet mellan vårdgrannarna i regionen.

4.3.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

4.4 Granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga

Revisionen granskade psykisk ohälsa hos barn och unga 2021 och till årets granskning kvarstod en rekommendation, den avser:

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

Under 2025 har styrelsen arbetet med fullmäktiges mål en hälso- och sjukvård som arbetar för en ökad psykisk hälsa som omfattat barn- och ungdomspsykiatri. Vår bedömning av arbetet med målet och fokusområdena - Västra Götalandsregionen ska stötta barns psykiska hälsa genom att öka tidiga insatser och innovationer samt - Öka tillgängligheten till psykiatrin genom att skapa fungerande samverkan mellan olika aktörer omfattar insatser som hanterar rekommendationen.

Inom ramen för arbetet med - Kö till utredning och behandling BUP Diarienummer SKAS 2025-00076, beskriver styrelsen hur åtgärderna har planerats och organiserats. Åtgärderna omfattar även köpta utredningar och digitala lösningar.

4.4.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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



Revisionsrapport
2026-03-18

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

- granskning av verksamhetsåret 2025

Datum: 2026-03-18

Dokumentnamn: Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus – granskning av verksamhetsåret 2025

Diarienummer: Rev 2025–00059

Granskningen har genomförts av revisionsenheten

Yrkesrevisorer: Rickard Johansen och Ottilia Bergsten

Kvalitetsgranskare: Thomas Vilhelmsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Carina Gustavsson och Bo-Lennart Bäcklund

www.vgregion.se/revision

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande bedömning	3
2. Grundläggande granskning	5
3. Fördjupad granskning.....	10
4. Uppföljning av tidigare rekommendationer	14
Revisionens uppdrag.....	18

1. Sammanfattande bedömning

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

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

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

Att den interna kontrollen är tillräcklig innebär att

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

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

- grundläggande granskning
- God ekonomisk hushållning (fördjupad granskning)
- Kontinuitetshantering (fördjupad granskning)
- uppföljning av rekommendationer

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

Granskningen visar på vissa brister men dessa berör avgränsade delar av verksamheten. En sådan brist gäller styrelsens uppföljning av beslutade

åtgärder. Vår granskning visar att det bör vara svårt för styrelsen att analysera vilka åtgärder som har en god effekt och vilka som inte har det. Det kan i sin tur påverka styrelsens beslutsfattande.

1.1 Rekommendationer

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

Tabell 1: Sammanställning av rekommendationer

Område	Rekommendation
God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans. Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att vara aktiv i uppföljning och analys av verksamheten för att nå en ekonomi i balans (2025).
Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktig verksamhet i Västra Götalandsregionen. Svar 26 juni	Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner (2025). Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering (2025).

2. Grundläggande granskning

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

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

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

2.1 Verksamhet

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

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister. Men vi har följt upp förra årets rekommendation angående styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden.

2.1.1 Styrelsens arbete med regionfullmäktiges mål och fokusområden

Revisionen granskade redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden 2024. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden omfattar redovisning av indikatorers utfall samt prognos och bedömning av måluppfyllelse.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentstudier. Granskningen 2024 kom fram till två områden där redovisningen av regionfullmäktiges mål och fokusområden inte var korrekt. Det första området var redovisningen av indikatorer. Enligt koncernkontorets rutin ska indikatorer redovisades under sitt tillhörande mål eller fokusområde. Indikatorerna ska också ligga till grund för sammanfattning och analys. Förra årets granskning visade att indikatorerna inte alltid redovisades på rätt ställe. Men årets uppföljning visar att detta är åtgärdat, i delårsrapport och årsredovisning för 2025 redovisas indikatorerna under sitt tillhörande mål eller fokusområde. Indikatorerna ligger även till grund för sammanfattning och analys.

Det andra området som inte redovisades korrekt i förra årets granskning gällde målbedömning och prognos. Granskningen kom fram till att det inte alltid på ett transparent sätt framgick hur målbedömning och prognos genomförts. Enligt koncernkontorets rutin ska de åtgärder som verksamheten planerar vidta för ökad måluppfyllelse beskrivas i de fall mål eller fokusområde inte bedöms uppnås eller bara delvis bedöms uppnås. Revisionen noterade 2024 att det inte alltid framgick vilka åtgärder som krävdes för att målet ska nås vid redovisad bristande måluppfyllelse. I årets uppföljning kan vi notera att det i flertalet fall finns en motivering till den målbedömning som gjorts. Däremot saknas på vissa ställen en analys av vad som krävs för att nå måluppfyllelse. Men vi ser att beskrivningarna i årets rapporter i många fall är detaljerade och konkreta vilket gör det tydligare på vilket sätt målet eller fokusområdet arbetas med.

Bedömning

Revisionens bedömning är att styrelsens pågående arbete omhändertar rekommendationen. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

2.2 Ekonomi

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

Revisionen har översiktligt granskat styrelsens styrning av ekonomin och dess uppföljning och rapportering. Området har även granskats inom den fördjupade granskningen "God ekonomisk hushållning - ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans", se avsnitt 3.1.

Granskningen visar på vissa brister vad gäller styrelsens uppföljning av beslutade åtgärder. Nedan redogör vi för våra iakttagelser.

2.2.1 Ekonomiskt resultat

I detaljbudgeten för 2025 beräknades den ekonomiska utmaningen för året vara 130–180 miljoner kronor. Eftersom det tar tid att få effekt på aktiviteter var bedömningen i detaljbudgeten att ett underskott var att vänta vid utgången av 2025.

Enligt årsredovisningen uppgår resultatet för 2025 till minus 87 miljoner kronor. Utfallet är 46 miljoner kronor bättre än resultatet för 2024 och 33 miljoner kronor bättre än den tidigare lagda prognosen. Men trots förbättringen bedrivs verksamheten inte inom de beslutade ekonomiska ramarna.

2.2.2 Styrelsens arbete med åtgärder

Södra Älvsborgs Sjukhus har liksom föregående år haft ekonomiska utmaningar. För att nå en ekonomi i balans har styrelsen beslutat om flera åtgärder.

Sedan sommaren 2024 arbetar verksamheten med något de kallar för ett *förstärkt omställningsprogram*. Inom det förstärkta omställningsprogrammet ingår olika typer av åtgärder. Syftet är att driva den regionalt beslutade omställningen av sjukvården och nå en ekonomi i balans. I delårsrapporten per april avvek det ekonomiska resultatet negativt från budget med 59 miljoner kronor. På grund av de fortsatta budgetavvikelserna beslutade styrelsen i augusti 2025 om ett *utökat förstärkt omställningsprogram* för att säkra en ekonomi i balans vid utgången av 2025.

Det utökade förstärkta omställningsprogrammet organiseras genom att olika verksamhetschefer får uppdrag att fokusera på, till exempel rutiner kring bemanning, val av läkemedel, materialkostnader, labbkostnader etcetera. Uppdragen kan kategoriseras i fem teman:

- Digitalisering
- Ekonomi i balans (här i ingår hr-frågor)
- Omställning av vården
- Kvalitet
- Produktion

Verksamhetscheferna ska driva förändringar både i sin egen verksamhet och inom andra relevanta verksamheter inom SÄS.

2.2.3 Styrelsens uppföljning och rapportering

Vi har i intervjuer med ekonomichef och verksamhetschefer sett att åtgärder pågår inom det utökade förstärkta omställningsprogrammet och att de redovisas på detaljnivå inom verksamheten. En verksamhetschef beskriver att det går att följa åtgärdernas effekter på ”blyertspenna-nivå”. Vi ser däremot inte att redovisningen når styrelsen. Styrelsen får endast redovisat resultaten på totalen. Det innebär att de inte kan följa effekten av olika åtgärder och avgöra vilka som är effektiva. I vissa fall har till exempel åtgärden lyckats väl men den totala kostnaden har ändå gått upp. Effekten av billigare materialval inom operation kan till exempel döljas av att antalet operationer ökar. Enligt Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026 ska styrelsens styrning vara tillräcklig för att bland annat:

- följa upp verksamheten utifrån fastställda planer och övriga väsentliga aspekter.
- analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling.

I dialog med styrelsens presidium framkommer att de upplever att de får den analys de behöver muntligen av förvaltningen. Vår analys är ändå att det finns en risk att styrelsen har svårt att följa upp verksamheten och analysera vilka åtgärder som har en god effekt och vilka som inte har det när redovisningen bara sker av den totala kostnaden.

2.2.4 Övriga iakttagelser

Flera faktorer påverkar sjukhusets förutsättningar att nå en ekonomi i balans. Införandet och det efterföljande pausandet av vårdinformationssystemet Millennium under hösten 2024 har påverkat verksamheten även 2025. Påverkan har bestått av bland annat minskad produktion, motsvarande cirka 2 000 besök, samt genom att resurser tagits i anspråk för införande- och återställningsarbete. Händelsen påverkar även förutsättningarna för förändringsarbete i organisationen.

Södra Älvsborgs Sjukhus saknar rådighet över vissa större kostnadsposter. Ett exempel är laboratorieprover, där prissättningen styrs regionalt av Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Trots att Södra Älvsborgs Sjukhus har minskat antalet prover har kostnaderna ökat med cirka 14 procent till följd av prismodellen.

Ett annat exempel är den ettåriga budgetprocessen som upplevs begränsa möjligheterna till långsiktig planering och uppföljning av effekter och resultat. Flera omställningsåtgärder kräver längre tid än ett år för att ge fullt ekonomiskt genomslag.

Styrelsen konstaterar att ytterligare besparingar inom personalområdet riskerar att påverka grunduppdraget. Samtidigt ökar kostnader för bemanningsföretag och övertid till följd av kompetensbrist inom vissa verksamheter, exempelvis kataraktkirurgi.

2.3 Intern kontroll

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

Granskningen visar inte på några väsentliga brister.

2.4 Bedömning grundläggande granskning

Revisionens bedömning utifrån en översiktlig granskning är att styrelsen delvis har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi granskat. Granskningen visar på vissa brister vad gäller uppföljning av beslutade åtgärder. För att styrelsen ska kunna analysera verksamheten och åtgärderna behöver rapportering av åtgärdernas effekter vara mer detaljerad och inte bara ges muntligen. Rapporteringen av den totala kostnaden riskerar att dölja åtgärdernas effekt och därmed försvåra för styrelsens beslutsfattande.

De iakttagelser angående rapporteringen av åtgärderna som vi har noterat har även noterats i den fördjupade granskningen av god ekonomisk hushållning, se kapitel 3. Den fördjupade granskningen har lett fram till två rekommendationer som berör frågan om uppföljning av beslutade åtgärder. Vi ger därför ingen ytterligare rekommendation utifrån den grundläggande granskningen.

3. Fördjupad granskning

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

3.1 God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans

Granskningen har genomförts av revisionen och rapporteras som en del av revisionsrapporten. Granskningen har avrapporterats i en separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda nämnder och styrelser har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt.

Den sammanfattande bedömningen är att styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus delvis har bidragit till en god ekonomisk hushållning, genom en tillräcklig styrning, uppföljning och analys av ekonomin både på kort och på lång sikt. De har i stor utsträckning fattat nödvändiga beslut, men revisionen ser att en mer ändamålsenlig styrning utifrån Västra Götalandsregionens ekonomiska principer måste till.

Enligt kommunallagen ska regionen ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. God ekonomisk hushållning innebär att regioner ska ha goda förutsättningar för att både kort- och långsiktigt klara av sin ekonomi och verksamhet. Detta innebär att intäkterna ska överstiga kostnaderna och att verksamheten ska bedrivas effektivt och ändamålsenligt.

Regionfullmäktiges riktlinje för god ekonomisk hushållning anger finansiella mål för Västra Götalandsregionen. Nämnder, styrelser, och bolag ska värna om och utveckla verksamheterna på ett för medborgarna kvalitativt, säkert och effektivt sätt inom de ekonomiska ramarna. Riktlinjen slår fast att om god ekonomisk hushållning inte har uppnåtts krävs åtgärder för att omhänderta de problem som ligger till grund för den bristande målfyllelsen.

Revisionen bedömer att styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus delvis har en tillräcklig styrning och genomförande av ekonomiska beslut, mål, uppdrag och åtgärder. Styrelsen har beslutat om åtgärder och varit aktiv under året.

Södra Älvsborgs Sjukhus har inte tydliga mål för sitt åtgärdsarbete, då de inte anger hur stor ekonomisk effekt de förväntar sig att uppdragen och aktiviteterna i åtgärdsplanen ska leda till.

Vidare bedömer revisionen att styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus inte har en tillräcklig uppföljning och analys av åtgärderna för ekonomi i balans. Vi bedömer att styrelsen inte har säkerställt att det genom den uppföljning som görs är möjligt att bedöma vilka åtgärder som är effektiva. Enligt Policy för styrning i Västra Götalandsregionen 2023–2026, ska nämnders och styrelser styrning vara tillräcklig för att bland annat analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling.

Det blir svårt att urskilja den ekonomiska utvecklingen när rapporteringen är på en övergripande nivå.

Granskningen visar att samtliga sjukhusstyrelser delvis har en konsekvent tillämpning av regionens principer för ekonomi i balans. Vi konstaterar att samtliga sjukhusstyrelser inte har en god budgetföljsamhet. Samtliga sjukhusstyrelser redovisar stora budgetavvikelser.

Avslutningsvis bedömer vi att sjukhusstyrelserna endast delvis anpassat sin verksamhet efter de uppdrag och den finansiering som de har fått. Enligt rutin för nämnder och styrelser rapportering av detaljbudgeten 2025,¹ ska det tydligt framgå vilka åtgärder som planeras för en verksamhet och ekonomi i balans, samt en värdering av de olika åtgärderna som styrelsen eller nämnden har beslutat om. Flera av sjukhusstyrelserna har beslutat om åtgärder som inte motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans.

Revisionen rekommenderar styrelsen att

- se till att beslutade åtgärder motsvarar behovet för att nå en ekonomi i balans
- vara aktiv i uppföljning och analys av verksamheten för att nå en ekonomi i balans.

3.2 Granskning av kontinuitetshantering i samhällsviktig verksamhet i Västra Götalandsregionen

Granskningen har genomförts av revisionsbyrån EY (Ernst och Young AB) på uppdrag av revisorskollegiet. Granskningen har avrapporterats i en

¹ Rutin för nämnders och styrelser rapportering av detaljbudget 2025 och planperioden 2026–2027 samt månadskommentarer, delårsrapportering och årsredovisning 2025, Dnr RS 2024–03302

separat rapport som blev klar i januari 2026. Rapporten hittar du på www.vgregion.se/revision.

Enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)² handlar kontinuitetshantering om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Med kontinuitetshantering kan verksamheter snabbare återhämta sig från och minska negativa konsekvenser av en inträffad händelse. En samhällsviktig verksamhet definieras som en samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden eller säkerhet. Samtliga nämnder, styrelser och regionägda bolag ska bedriva ett aktivt arbete med kontinuitetshantering i Västra Götalandsregionen. Brister i detta arbete kan få allvarliga konsekvenser för regionens förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet vid störningar, kriser och extraordinära händelser.

Syftet med granskningen var att bedöma om berörda styrelser har en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Syftet har också varit att bedöma om regionstyrelsen leder, samordnar och har uppsikt över Västra Götalandsregionens arbete med kontinuitetshantering på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen omfattade regionstyrelsen, styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan och styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus.

Vår sammanfattande bedömning är att berörda styrelser inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig kontinuitetshantering. Arbetet bedrivs inte fullt ut i enlighet med den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering som gällt sedan 2023. Vidare saknas kontinuitetsplanering för flera kritiska aktiviteter i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rekommendationer. Vidare bedömer vi att regionstyrelsen i stort leder och samordnar Västra Götalandsregionens arbete på ett ändamålsenligt sätt, men att det saknas en tillräcklig uppsikt över övriga styrelserns arbete. Regionstyrelsen tar inte del av systematisk uppföljning av övriga granskade styrelserns arbete med kontinuitetshantering. Detta kan innebära att regionstyrelsen saknar en nulägesbild över beredskap, robusthet och befintlig kontinuitetshantering för att kunna bedöma och besluta om en ändamålsenlig styrning av området och vidta åtgärder. Vi vill även särskilt lyfta behovet av en stärkt regionövergripande styrning av beredskapsdimensionering och krav gällande robusthet i kontinuitetshanteringen.

² Från och med 1 januari 2026 är MSB Myndigheten för civilt försvar

I granskningen av övriga berörda styrelser går det i flera fall inte att styrka att arbetet med kontinuitetshantering har utgått från en konsekvensanalys och riskbedömning. Det finns heller inte fullständiga kontinuitetsplaner kopplade till alla kritiska resurser och aktiviteter. I granskningen framkommer att vissa samhällsviktiga verksamheter saknar kontinuitetsplaner helt, vilket är en brist. Vi bedömer slutligen att arbetet behöver accelereras och prioriteras inom flera styrelser och verksamheter för att uppnå ett ändamålsenligt kontinuitetsarbete.

Följande rekommendationer lämnade vi med anledning av granskningen:

Revisionen rekommenderar styrelsen för fastighet, stöd och service, styrelsen för logistik, styrelsen för Regionhälsan samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus att

- säkerställa att pågående utvecklingsarbete med att implementera regionenhetliga arbetssätt och kontinuitetsplaner prioriteras inom samtliga verksamheter i syfte att leva upp till krav i den regiongemensamma riktlinjen för kontinuitetshantering
- säkerställa att tillgängligt metodstöd samt relevant kompetens används effektivt vid upprättande av verksamheternas kontinuitetsplaner
- säkerställa systematisk uppföljning av verksamheternas arbete och planer rörande kontinuitetshantering.

Revisionen lämnade även två rekommendationer till regionstyrelsen.

4. Uppföljning av tidigare rekommendationer

Ibland resulterar våra granskningar i rekommendationer. I det här avsnittet redogör vi för den uppföljning som vi har genomfört i år.

Uppföljning av följande rekommendationer redovisas enligt nedan:

- Uppföljning av redovisning av regionfullmäktiges mål och fokusområden, se avsnitt 2.1.1
- Uppföljning av granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga
- Uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion
- Uppföljning av Millennium
- Uppföljning av samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen
- Uppföljning av ekonomin

4.1 Uppföljning av granskning av psykisk ohälsa hos barn och unga

Revisionen granskade arbetet med psykisk ohälsa hos barn och unga 2021. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

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

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dokumentgranskning. Uppföljningen visar att styrelsen har en systematisk uppföljning av tillgänglighet genom månatliga rapporteringar. Därtill har åtgärder som "En väg in" och en regional utredningsenhet införts för att förbättra tillgängligheten. Frågan är integrerad i regionens övergripande styrning genom fokusområden som omfattar tidiga insatser och ökad samverkan mellan vårdnivåer. Det innebär att utvecklingen följs inom ordinarie styrprocess. Åtgärder för att stärka samverkan och förbättra tillgänglighet hanteras nu centralt, och kvarstående utmaningar adresseras inom ramen för dessa initiativ. Mot denna bakgrund bedöms rekommendationen vara omhändertagen och uppföljning sker genom fokusområden i regionfullmäktiges budget.

4.1.1 Bedömning

Revisionens bedömning är att styrelsens pågående arbete omhändertar rekommendationen. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

4.2 Uppföljning av bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion

Revisionen granskade bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendationer till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa en mer aktiv styrning, uppföljning och kontroll av samordning avseende bemannings- och kapacitetsplanering för vårdproduktion.

Revisionen rekommenderar styrelsen att tillse att det skapas ett gemensamt arbetssätt avseende bemannings- och kapacitetsplanering av vårdproduktion.

Vi har följt upp rekommendationerna genom dokumentgranskning och i dialog med ledning och styrelse. Uppföljningen visar att Södra Älvsborgs Sjukhus har etablerat en systematisk metodik för bemannings- och kapacitetsplanering som utgår från det årliga vårduppdraget. Planeringen sker i tioveckorscykler med veckovis uppföljning för att möjliggöra korrigerande åtgärder vid avvikelser. Arbetet leds av produktions- och tillgänglighetschef och har återrapporterats till styrelsen inom ramen för intern styrning och kontroll. Vi har noterat att beslut om styrande dokument på området har fattats och implementerats. Vi har även noterat att arbete pågår med att införa en ny struktur för ett sammanhållet system för tillgänglighets- och produktionsledning som ska ligga till grund för uppföljning, prioritering och riktade aktiviteter. Sjukhuset har också pilottestat ett nytt schemahanteringssystem.

4.2.1 Bedömning

Revisionens bedömning är att styrelsens pågående arbete omhändertar rekommendationerna. Revisionen avser dock att fortsatt följa området i den grundläggande granskningen.

4.3 Uppföljning av Millennium

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

Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för implementeringen i den egna organisationen.

Revisionen rekommenderar styrelsen att säkerställa att det finns en systematisk uppföljning av implementeringsprojektet.

4.3.1 Bedömning

Vi har bedömt att rekommendationerna inte längre är aktuella utifrån att införandet av Millennium pausats och regionstyrelsen beslutat att införandet inte ska återupptas.

4.4 Uppföljning av samverkan med primärvården enligt syftet med omställningen

Revisionen granskade effekter av åtgärdsplaner 2022. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att utveckla samverkan med primärvården enligt syfte med omställningen av hälso- och sjukvården.

Vi har i år följt upp rekommendationen genom dialog med förvaltningen och dokumentstudier. Uppföljningen visar att det finns ett styrråd för nära vård som hanterar samverkansfrågor som rör regional och kommunal primärvård, rehab samt socialtjänst och arbete som sker inom lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I styrrådet förmedlas information men inga beslut tas. Samverkan mellan SÄS och den regionala primärvården sker i två separata forum för somatik och psykiatri och möten sker varje månad.

4.4.1 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har tagit hand om rekommendationen.

4.5 Uppföljning av granskning avseende ekonomin

Revisionen granskade arbetet för att uppnå en ekonomi i balans 2023. Granskningen resulterade i att vi lämnade följande rekommendation till styrelsen:

Revisionen rekommenderar styrelsen att vidta konkreta åtgärder för en ekonomi i balans som är tydligt målsatta inom en tidsatt period och att dessa följs upp.

4.5.1 Bedömning

Revisionen bedömer att rekommendationen från 2023 utgår och ersätts med rekommendationerna från årets fördjupade granskning ”God ekonomisk hushållning – ekonomistyrning för verksamhet och ekonomi i balans”.

Revisionens uppdrag

Revisionens uppdrag är att granska och pröva om regionens nämnder, styrelser och bolag gör det som förväntas av dem utifrån lagar, uppdrag, mål och andra riktlinjer. Granskningen sker på uppdrag av regionfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnder och styrelser. Bland de valda revisorerna utser fullmäktige även lekmannarevisorer, vilka har ett självständigt uppdrag att granska de bolag som helt eller till viss del ägs av regionen.

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

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

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