

2019-09-18
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen


För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårds-
regionen
Regionutvecklingsnämnden
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

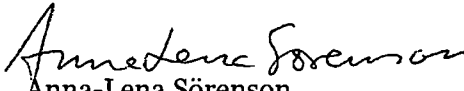
Granskning av operationsverksamheten REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en fördjupad granskning av styrning, uppföljning och kontroll inom operationsverksamheten. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport.

Vår bedömning är att regionstyrelsen inte helt säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll avseende operationsverksamheten. Vi vill särskilt lyfta fram följande:

- Övergripande mål för operationsverksamheten finns exempelvis utifrån tillgänglighetsaspekten. Granskningen pekar på att fler specifika mål på klinisknivå skulle göra styrningen tydligare.
- Granskningen indikerar att samordning och arbetsfördelning mellan olika opererande verksamheter sker. Detta arbete bedöms kunna utvecklas ytterligare.
- Arbete sker med produktionsplanering inom de enheter som granskats. Granskningen lyfter att det finns vissa brister avseende tillgång på statistik gällande framtida vårdbehov.
- Uppföljningen av operationsverksamheten bedöms som tillräcklig och åtgärder vidtas generellt utifrån uppföljningens resultat.


Anders Senestad
Ordförande


Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Granskning av operationsverksamheten". Revisionskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se, revisorer.

Granskning av
operationsverksamheten
Region Östergötland

Louise Tornhagen
Sara Norén



Innehållsförteckning

1.	Inledning	4
1.1.	Bakgrund	4
1.2.	Syfte och Revisionsfråga	4
1.3.	Revisionskriterier	4
1.4.	Kontrollmål	5
1.5.	Avgränsning	5
1.6.	Metod	5
2.	lakttagelser och bedömningar	6
2.1.	Inledning	6
2.2.	Sker en tillräcklig styrning genom mål och riktlinjer för operationsverksamheten?	6
2.2.1.	lakttagelser	6
2.2.2.	Bedömning	7
2.3.	Har regionstyrelsen säkerställt en samordning av operationsresurser i regionen?	8
2.3.1.	lakttagelser	8
2.3.2.	Bedömning	9
2.4.	Sker en ändamålsenlig produktions- och kapacitetsplanering?	9
2.4.1.	lakttagelser	9
2.4.2.	Bedömning	10
2.5.	Görs en tillräcklig uppföljning av operationsverksamheten och vidtas åtgärder utifrån uppföljningens resultat?	11
2.5.1.	lakttagelser	11
2.5.2.	Bedömning	12
3.	Revisionell bedömning	12

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning av operationsverksamheten. Syftet med granskningen är att besvara följande revisionsfråga:

- **Har regionstyrelsen en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten?**

Vår samlade bedömning är att regionstyrelsen inte helt säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten.

Styrning genom mål och riktlinjer

Vi bedömer att det delvis sker en tillräcklig styrning genom mål och riktlinjer för operationsverksamheten.

Det finns en styrning via den strategiska planens fem perspektiv. Dessa bryts ner inom respektive produktionsenhet. Det finns därtill överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnden om vad som ska göras. Det finns inga specifika mål gällande produktionsvolymerna. Planering sker utifrån inflöde och väntande patienter. En utmaning är att finna balans mellan behov och vårdens resurser. Det sker en nationell styrning genom den nationella vårdgarantin samt tillgänglighetsmål avseende standardiserade vårdförlopp (SVF).

Samordning av operationsresurser

Vi bedömer att regionstyrelsen delvis säkerställt en samordning av regionens operationsresurser.

På nationell nivå sker nivåstrukturering utifrån nationella direktiv. Inom sjukvårdsregionen samt Region Östergötland sker diagnosstrukturering och arbetsfördelning av ingrepp. Bristen på framförallt specialistutbildade sjuksköterskor påverkar kapaciteten inom både operationsverksamhet samt vårdavdelningar. Det finns ingen gemensam väntelista eller samordning för operationsverksamheten förutom inom programmet Hållbar verksamhet.

Produktions- och kapacitetsplanering

Vi bedömer att regionstyrelsen delvis har en ändamålsenlig produktionsplanering.


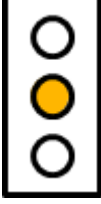
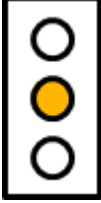

Produktions- och kapacitetsplanering sker på strategisk, taktisk och operativ nivå. Samtliga granskade produktionsenheter arbetar med gemensamma principer för produktionsplanering. Det finns inget gemensamt sätt att arbeta med väntelistor, operationsplanering eller resurser förutom inom Hållbar verksamhet. Det finns ett behov av att analysera och tolka statistik och agera utifrån resultaten kopplat till produktionsplaner.

Uppföljning

Vi bedömer att uppföljningen av operationsverksamheten är tillräcklig och att åtgärder utifrån uppföljningen vidtas i tillräcklig omfattning.

Uppföljning görs på övergripande nivå i samband med regionens ordinarie rapporttillfällena. Vidare sker löpande uppföljningar i det operativa arbetet. Uppföljning sker av nationell vårdgaranti samt SVF (standardiserade vårdförlopp) samt genom kvalitetsregister och patientenkäter.

Bedömning per kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar	
<i>Sker en tillräcklig styrning genom mål och riktlinjer för operationsverksamheten?</i>	Delvis uppfyllt	
<i>Har regionstyrelsen säkerställt en samordning av operationsresurser i regionen?</i>	Delvis uppfyllt	
<i>Sker en ändamålsenlig produktions- och kapacitetsplanering?</i>	Delvis uppfyllt	
<i>Görs en tillräcklig uppföljning och vidtas åtgärder utifrån uppföljningens resultat?</i>	Uppfyllt	

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Av slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framgår att en förutsättning för att kunna upprätthålla en verksamhet med hög effektivitet är att se till att alla resurser finns på rätt plats i rätt tid. För att nå detta behövs kontroll över vissa fundamentala inslag i verksamheten. Man behöver skapa en tydlig bild av behoven, vad som ska göras, vilken kapacitet som finns och vem som ska göra vad. Detta brukar benämnas produktions- och kapacitetsplanering.

För ett stort antal patienter utgör sjukhusens operationskapacitet en central komponent i vårdprocessen, både vad gäller kvalitet och ledtider. Samspelet mellan verksamheterna och operationsenheterna är en kritisk faktor för att vårdprocessen ska fungera för den enskilde patienten och även för den totala resurseffektiviteten.

Regionens operationskapacitet kan vara en begränsande faktor för att klara nationella vårdgarantier och kunna bedriva en effektiv vård. Utmaningar i bemanning kan försvåra detta ytterligare. Av strategisk plan med treårsbudget 2019-2021 framgår att det sedan 2016 pågår ett program, Hållbar verksamhet, med fokus på arbetet med att skapa effektivitet i vårdplatsarbetet samt operationskapaciteten.

Enligt årsredovisningen 2018 har Region Östergötland genomfört en bred satsning på produktionsplanering inom operationsområdet. Målet med satsningen var att fler patienter skulle få behandling i rätt tid. Satsningen har inneburit att flera kliniker har produktionsplanerat sina verksamheter gemensamt, vilket har resulterat i att antalet genomförda operationer har ökat på de medverkande klinikerna.

Andelen patienter i den somatiska vården som får genomföra sitt besök eller behandling inom 60 dagar har dock minskat under 2018.

PwC gjorde, på uppdrag av Region Östergötlands revisorer, en granskning av produktionsplanering under 2015. Frågor kring produktionsplanering från tidigare granskning kommer att följas upp i denna granskning.

Revisorerna har i sin riskbedömning lyft fram att det är väsentligt att granska området. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2019.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Har regionstyrelsen en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten?

1.3. Revisionskriterier

- Regionfullmäktiges mål
- Kommunallagen, 6 kap § 7
- Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete

1.4. Kontrollmål

- Sker en tillräcklig styrning genom mål och riktlinjer för operationsverksamheten?
- Har regionstyrelsen säkerställt en samordning av operationsresurser i regionen?
- Sker en ändamålsenlig produktions- och kapacitetsplanering?
- Görs en tillräcklig uppföljning av operationsverksamheten och vidtas åtgärder utifrån uppföljningens resultat?

1.5. Avgränsning

Granskningen omfattar produktionsenheter med omfattande opererande verksamhet.

På verksamhetsnivå avgränsas granskningen till:

- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård (CKOC) - Kirurgiska kliniken ViN
- Sinnescentrum (SC) - ANOPIVA US i Linköping
- Barn- och kvinnocentrum (BKC) - Kvinnokliniken i Linköping

1.6. Metod

1. Genomgång av nationell och lokal statistik samt data kopplat till tillgänglighet, väntetider i vården och produktionsstatistik.
2. Genomgång av styrdokument, protokoll, uppföljning och beslutsunderlag avseende mål och strategier för opererande verksamheter och regionens arbete med produktions- och kapacitetsplanering.
3. Intervjuer har genomförts med företrädare för regionstaben och produktionsenhetsstaber samt medarbetare inom utvalda enheter/kliniker.
4. Intervjuer har genomförts med vårddirektörer, medarbetare i stabs- och stödverksamhet som arbetar med produktionsstyrning och kapacitetsplanering samt med utvecklingsarbete inom området.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1. Inledning

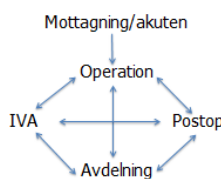
Operationer kan delas in i tre typer med olika resursåtgång:

- Mottagningsoperationer. Operation i vaket tillstånd på mottagning.
- Poliklinisk operation. Dagkirurgi vilket genomförs vid planerade ingrepp som kräver nedsövning eller mer avancerad lokalbedövning, men där patienten inte behöver stanna över natten.
- Inneliggande operation. Patienten vårdas på en avdelning efter att operationen är genomförd.

Figur: Flödesbild av operationsprocessen.



Patientens väg genom operationsflödet



1



Flödesbilden av operationsprocessen ovan illustrerar komplexiteten vad gäller operationsverksamheten. Var och en av processerna är beroende av varandra. Om verksamheten avser att öka produktionen genom en resursförstärkning i form av fler resurser (operatörer, operationssalar med mera) till operationsverksamheten förutsätter detta ett ökat antal läkarresurser till mottagningen för att fatta beslut om operation. Det innebär också ett ökat tryck på vårdavdelningen och behov av fler vårdplatser för att kunna hantera fler inneliggande patienter som blivit opererade.

Olika åtgärder kan vidtas för att effektivisera flödet. Exempelvis sker en ständig utveckling mot att genomföra fler operationer som polikliniska och på så sätt bland annat undvika nyttjandet av vårdplatser på avdelningen. En annan utveckling är att vårdtiderna på vårdavdelningen blir kortare så att fler vårdplatser blir disponibla.

2.2. Sker en tillräcklig styrning genom mål och riktlinjer för operationsverksamheten?

2.2.1. Iakttagelser

I Region Östergötlands strategiska plan med treårsbudget beslutar regionfullmäktige varje år i juni om vision och strategiska mål för Region Östergötland. Av strategisk plan med treårsbudget 2019-2021 och intervjuerna framgår att de mest centrala målen för de opererande verksamheterna målen och kraven som ställs genom den nationella vårdgarantin

samt andel uppfyllda tillgänglighetsmål avseende standardiserade vårdförlopp (SVF). I överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) anges en inriktning för verksamheten, men ingen beställd produktionsvolym.

Den nationella vårdgarantin 0-3-90-90 reglerar en avgränsad del av tillgängligheten. Regleringen sker genom fyra fastställda hållpunkter i vårdkedjan: Kontakt med primärvården (0 dagar), medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården (3 dagar), nybesök hos specialist (90 dagar) och påbörjad behandling (90 dagar). Återbesök, utredning och undersökning är exempel på delar som inte ingår i vårdgarantin.

Regionstyrelsen ska säkerställa att produktionsenheterna uppfyller kraven på god produktivitet, effektivitet och kvalitet. Av regionstyrelsens verksamhetsplan 2019 framgår att regiondirektören ansvarar för att politiskt fastställda visioner, strategiska mål och framgångsfaktorer samt att HSN:s överenskommelser får genomslag i produktionsenheternas verksamhetsplaner. HSN har huvudansvaret för att befolkningens behov av hälso- och sjukvård uppfylls på bästa möjliga sätt utifrån exempelvis tillgänglighetsmål samt ekonomiska ramar. HSN har huvudansvar för att vården utförs inom fullmäktiges beslutade ramar.

Av strategisk plan med treårsbudget framgår att Region Östergötland arbetar utifrån fem perspektiv (medborgare, process, ekonomi, medarbetare och samhällsperspektivet). Inom medborgarperspektivet finns det strategiska målet: "Trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård med hög kvalitet" med framgångsfaktorn "Hög tillgänglighet till hälso- och sjukvård". Vård inom rimlig tid är en viktig faktor för att nå bra medicinska resultat men även för patientens upplevelse av vården. Inom processperspektivet finns det strategiska målet: "Effektiv och säker verksamhet" med framgångsfaktorn "Effektiva processer".

Region Östergötland har en decentraliserad organisation, produktionsenheterna har ett självständigt beslutsutrymme över sin verksamhet inom de politiskt beslutade ramarna. De centrala styrdokumenterna utgör det ramverk av mål och utvecklingsområden som produktionsenheterna arbetar för att uppnå. Vi har tagit del av de granskade produktionsenheternas verksamhetsplaner och noterar att målsättningarna bryts ned i styrkortet för respektive produktionsenhet och verksamhetsområde i aktiviteter samt mätbara mål. På klinisk nivå tar verksamheterna fram handlingsplaner. Handlingsplanerna innefattar mål och aktiviteter där aktiviteterna fokuserar på de områden där verksamheten har en förbättring att åtgärda.

Ledningsstaben beskriver i intervjuer att de under de senaste åren begränsat antalet nyckelindikatorer för att möjliggöra framsteg inom de områden som produktionsenheten anser viktigast. Detta bekräftas också av verksamhetsplaner 2019 för produktionsenheterna.

Det finns inga specifika mål som beskriver hur mycket som ska produceras (antal mottagningsbesök eller antal åtgärder). Planering sker utifrån inflödet och antal väntande patienter. Utmaningen är att finna en balans mellan patienternas behov och vårdens resurser.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att det delvis sker en tillräcklig styrning genom mål och riktlinjer för operationsverksamheten.

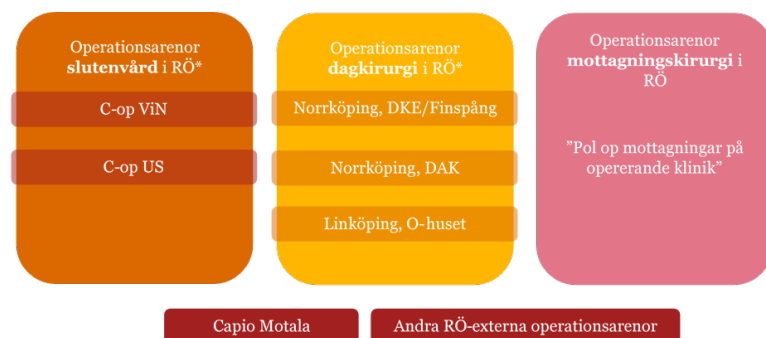
Det finns en styrning via regionstyrelsens strategiska plan med treårsbudget som konkretiseras i fem perspektiv. Dessa bryts ner för respektive produktionsenhet. Det finns därtill överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnden kopplat till vad som ska göras.

Det sker därtill en nationell styrning genom den nationella vårdgarantin samt tillgänglighetsmål avseende standardiserade vårdförlopp (SVF).

2.3. Har regionstyrelsen säkerställt en samordning av operationsresurser i regionen?

2.3.1. Iakttagelser

Iakttagelserna avser granskningstillfället och arbetet inom programmet Hållbar verksamhet har utvecklats under de senaste månaderna. Region Östergötlands operationsverksamhet omfattar de tre sjukhusen Universitetssjukhus i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Lasarettet i Motala. Operationer inom slutenvården sker på Universitetssjukhuset i Linköping och på Vrinnevisjukhuset i Norrköping.



*RÖ har ytterligare operationsarenor t ex Ögon och Thorax

Figur: Operationsarenor i Region Östergötland

Operationspersonalen är anställd vid produktionsenheten Sinnescentrum, Centrum för kirurgi, ortopedi och cancer och Barn- och kvinnocentrum. Störst antal medarbetare inom operationsverksamheten finns inom Sinnescentrum. Operationspersonal (exklusive kirurger) lånas inte ut mellan sjukhusen i Region Östergötland, utan är stationerade på respektive sjukhus. Operatörerna (kirurgerna) är anställda på såväl Sinnescentrum som Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård och Barn- och kvinnocentrum. Operatörerna opererar sina kliniks specifika patienter på flera sjukhus.

Av intervjuerna framgår att det råder brist på framförallt specialistutbildade sjuksköterskor, detta påverkar såväl kapaciteten inom operationsverksamheten som i verksamheten som bedrivs dygnet runt. Bristen på personal påverkar flödet som illustreras av det förenklade flödesschemat som åskådliggjordes i inledningen, det påverkar också tillgängligheten till vård. Bristen på kompetens försvårar också samordningen och möjligheten att dela operationspersonal. Årsredovisning 2018 beskriver att bristen på personal i verksamheterna gjort det nödvändigt att anlita bemanningsföretag för att klara tillgängligheten. Vidare beskrivs att Region Östergötland var bland de regioner som hade flest överbeläggningar per 100 vårdplatser och ett högt antal utlokaliserade patienter.

På nationell nivå sker nivåstrukturerings utifrån nationella direktiv. Av intervjuerna framgår att det på regional nivå även sker ett fortsatt arbete med diagnosstrukturerings och arbetsfördelning av vissa kirurgiska ingrepp i Region Östergötland samt inom sydöstra sjukvårdsregionen. Komplexa insatser ska koncentreras till färre utbudspunkter (sjukhus) för att lättare säkerställa kompetensförsörjningen och upprätthålla patientsäkerheten. Detta innebär att alla kirurgiska ingrepp inte bör utföras vid alla operationsenheter. De

intervjuade beskriver att struktureringen har medfört svårigheter att avlasta varandra och att de därför inte har en gemensam väntelista för verksamhetsområdet.

Som ett led i att öka samordningen mellan produktionsenheterna pågår sedan 2016 ett program kallat Hållbar verksamhet. Bakgrunden till programmet var en ansträngd ekonomisk situation i regionen samt en obalans i de sjukvårdande produktionsenheternas ekonomi. Utöver en ekonomi i balans var syftet även att stärka effektiviteten kring operationskapacitet, vårdplatser och att arbeta gemensamt över traditionella organisationsgränser, det vill säga ett ökat samarbete mellan produktionsenheterna. Inom operationsverksamheten är fokus ett högt nyttjande av tillgängliga operationsresurser samt styrning av resurser till patientflöden med störst behov.

Av intervjuer framgår att Region Östergötland valde att starta arbetet med Hållbar verksamhet på en av operationsavdelningarna ANOPIVA inom Sinnescentrum (K-sektionen Nord C-OP US) på Linköpings universitetssjukhus. Samordning mellan de olika verksamheterna sker genom en gemensam planering hur salar nyttjas samt operationskapacitet och robotassisterad kirurgi. Detta med anledning att minska köer och således förbättra tillgängligheten. Verksamheterna har en gemensam väntelista för cancerkirurgi och prioriterad avancerad kirurgi samt robotassisterad kirurgi.

Nästa steg i programmet Hållbar verksamhet blir enligt uppgift att fortsätta arbetet inom de olika operationsverksamheterna i Linköping och Norrköping.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att regionstyrelsen delvis säkerställt en samordning av regionens operationsresurser.

På nationell nivå sker en nivåstrukturering utifrån nationella direktiv och inom sjukvårdsregionen samt Region Östergötland sker en diagnosstrukturering och arbetsfördelning av ingrepp. Det råder brist på framförallt specialistutbildade sjuksköterskor, detta påverkar kapaciteten på såväl operation som dygnet runt-verksamheten på vårdavdelningarna.

Respektive produktionsenhet optimerar sin egen verksamhet och klinik, dock finns ingen gemensam samordning för operationsverksamheten i Region Östergötland med undantag av programmet Hållbar verksamhet.

2.4. Sker en ändamålsenlig produktions- och kapacitetsplanering?

2.4.1. Iakttagelser

Regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för produktionsplanering inom regionen. Det finns ingen samlad produktionsstyrning i regionen där beställd produktionsvolym anges. Av intervjuer framgår att en stor del av arbetet kring produktions- och kapacitetsplanering görs inom respektive produktionsenhet, det är också där förbättringsarbetet sker. Av intervjuer framgår vidare att respektive produktionsenhet inom Region Östergötland arbetar efter målet beställda timmar, med stöd av detta utformas en produktionsplan. En produktionsplan innehåller hur mycket en klinik behöver producera under en viss tidsperiod för att möta patienternas behov.

Produktionsenheternas verksamhetsplaner 2019 beskriver att det saknas prognoser för hur behovet av vård ser ut. De intervjuade framför att detta försvårar arbetet med att ta fram produktionsplaner och en fullständig produktionsplanering. Detta krävs enligt de intervjuade för att kunna synliggöra variationer samt matcha behovet med rätt resurser. Det framgår vidare av verksamhetsplaner 2019 att delar av produktionsenheternas befintliga

ekonomiresurser riktas till produktionsplanering, kapacitetsplanering och kapacitetsstyrning.

Produktionsenheternas verksamhetsplaner för 2019 beskriver att produktions- och kapacitetsplanering är en av de viktigaste framgångsfaktorerna men också en av de största utmaningarna. Granskningen från 2015 visar att det pågick ett arbete med att införa en gemensam modell för produktionsplanering. Granskningen 2019 visar att den gemensamma modellen inte används. Regionens verksamheter använder de övergripande principerna kring produktionsplanering men arbetar inte efter någon regionövergripande process eller rutin för hur produktionsenheterna ska hantera väntelistor, operationsplanering eller resursfördelning förutom inom ramen för Hållbar verksamhet.

Av intervjuer framgår att produktions- och kapacitetsplanering för operationsverksamheten sker på flera nivåer (se figur nedan). De olika nivåerna kopplas till lång- och kortsiktig planering samt den faktiska produktionen. Det finns olika funktioner och roller för olika nivåer beroende på hur programmet, projektet, uppdraget eller uppgiften ser ut.

Strategisk nivå (Produktionsenhetschefer)

Den strategiska nivån är en långsiktig nivå och representerar "vad som ska göras". Inom ramen för den strategiska nivån definieras en målbild samt fattas beslut kring strategin för operationsverksamheten. Målet för den långsiktiga planeringen är att uppnå balans mellan medborgarnas behov av vård och de resurser som krävs för att utföra uppdraget. Inom den strategiska nivån fattas även beslut kring prioriterade förbättringsarbeten.

Taktisk nivå (Verksamhetschefer och controllers)

Utifrån den strategiska planeringen görs på denna nivå en kortsiktig planering för en begränsad period. Produktionsenhetscheferna och dess verksamhetschefer inom respektive specialitet ansvarar för att ta fram en produktionsplan utifrån uppskattat behov för året. Produktionsplanen baseras på historisk data (tidigare behov av vård, besök, operationer och vårdtillfällen) samt en prognos över kommande år och ska vara ett underlag till operationsverksamheten.

Operativ nivå (Operationsplanerare)

Den operativa nivån representerar utförandet av "vad" och "hur" som har beslutats på den strategiska och taktiska nivån. Inom produktionen behöver oförutsägbara avvikelser från det planerade hanteras. Detta kräver daglig styrning där justeringar och omfördelningar sker.

2.4.2. Bedömning

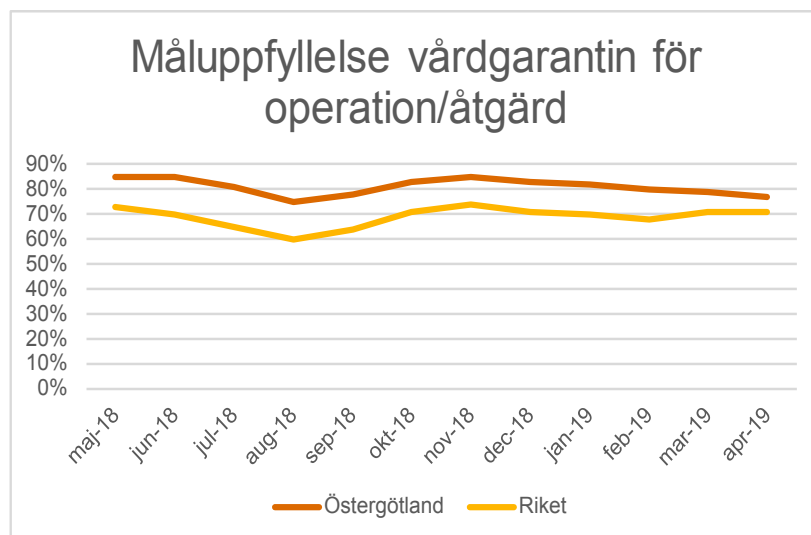
Vi bedömer att regionstyrelsen delvis har en ändamålsenlig produktionsplanering.

Produktions- och kapacitetsplanering sker på strategisk, taktisk och operativ nivå. Samtliga granskade produktionsenheter arbetar med gemensamma principer för produktionsplanering men det saknas ett gemensamt sätt att arbeta med väntelistor, operationsplanering eller resurser förutom inom Hållbar verksamhet. Vi bedömer att det finns ett behov av att analysera och tolka statistiken samt agera utifrån resultaten kopplat till produktionsplaner.

2.5. Görs en tillräcklig uppföljning av operationsverksamheten och vidtas åtgärder utifrån uppföljningens resultat?

2.5.1. Iakttagelser

Av årsredovisning 2018 framgår att tillgängligheten under 2018 har försämrats jämfört med tidigare år, dock är tillgängligheten god nationellt sett. Årsredovisning 2018 beskriver vidare att svårigheten att rekrytera sjuksköterskor till dygnet runt-verksamheterna bidrar till vårdplatsbrist.



Grafen visar målnöjsfyllelsen för väntetid till operation/åtgärd. Region Östergötlands kurva är den övre. Regionen har ett genomsnitt på 81% under 12 månader (riket 69%). Region Östergötland har god målnöjsfyllelse jämfört med rikssnitt.

Region Östergötland följer upp tillgängligheten enligt vårdgarantin i tertialrapporterna samt i årsredovisningen. Tillgängligheten gällande nybesök för respektive behandling inom den specialiserade vården mäts vid varje månadsskifte och följs upp per klinik. På webbplatsen "Väntetider i vården" presenteras statistik över tillgänglighet i svensk hälso- och sjukvård. Bland annat redovisas målnöjsfyllelsen för vårdgarantin. Den nationella vårdgarantin innebär att alla patienter ska få nybesök respektive behandling (operation/åtgärd) inom 90 dagar. I Region Östergötland är målet att 85 procent av patienterna ska få komma till den specialiserade somatiska vården inom 60 dagar.

Uppföljning av operationsverksamheten sker bland annat genom den nationella patientenkäten samt kvalitetsregister. Vidare sker en uppföljning inom ramen för Hållbar verksamhet. Vi har tagit del av dokument och statistik kopplat till denna uppföljning. Statistiken åskådliggör bland annat antal "strykningar" av operationer och orsakerna till dessa. Därtill mäts även så kallad "knivtid" i relation till den tillgängliga öppetiden. För operationssalen med robotassisterad kirurgi anges att regionen haft extra fokus på uppföljning.

Flertalet intervjuade anger att det är naturligt att i samband med uppmärksammande brister diskutera förbättringsmöjligheter. Vid intervjuer framkommer flertalet exempel på hur uppföljningen används i förbättringsarbetet. Ett exempel på detta är att patienterna i möjligaste mån kommer hemifrån direkt till operationen istället för att läggas in dagen innan. Under 2018 har denna metod används för att minska trycket på avdelningarna.

Resultatet av uppföljning diskuteras på olika nivåer och förbättringsarbete sker utifrån detta. På den strategiska nivån beslutas prioriterade förbättringsarbeten. På taktisk nivå stämmer verksamhetscheferna av operativ uppföljning ett par gånger per månad. På ope-

rativ nivå arbetar klinikerna varje vecka med att planera verksamheten utifrån föregående veckas resultat för att ännu bättre matcha produktion och kapacitet för att uppnå god tillgänglighet.

2.5.2. Bedömning

Vi bedömer att uppföljning av operationsverksamheten är tillräcklig och att åtgärder utifrån uppföljningen vidtas i tillräcklig omfattning.

Uppföljning görs i delårsrapporter och årsredovisning. Därutöver görs månatliga uppföljningar avseende exempelvis tillgänglighet för nybesök. Det görs även uppföljningar i det dagliga, operativa arbetet.

Nationellt görs uppföljning av den nationella vårdgarantin samt SVF och genom kvalitetsregister samt patientenkäter. Inom Hållbar verksamhet görs utökad uppföljning och förbättringsarbete.

3. Revisionell bedömning

Den sammantagna revisionella bedömningen är att regionstyrelsens inte helt har säkerställt att styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten är ändamålsenlig.

2019-09-18
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:

Regionstyrelsen
Regionutvecklingsnämnden

För kännedom till:

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjuk-
vårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista


Granskning av regional utveckling - REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av om regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete utifrån det regionala utvecklingsansvaret.

Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning är att regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden inte bedriver ett helt ändamålsenligt arbete utifrån det regionala utvecklingsansvaret.
- Granskningen visar att regionen har ett relevant nuvarande regionalt utvecklingsprogram samt en planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi. Stort fokus har legat på förankringsarbete bland berörda aktörer.
- Brister har noterats gällande systematisk uppföljning och utvärdering. Uppföljning har ej skett med den omfattning och kontinuitet som är beskrivet i nuvarande regionalt utvecklingsprogram. Det förekommer också osäkerhet kring ansvaret för uppföljning samt hur uppföljningen ska genomföras.


Anders Senestad
Ordförande


Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Granskning av regional utveckling

Region Östergötland

September 2019

Tobias Bjöörn

Henrik Fagerlind

Tua Lennartsson



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och Revisionsfråga	4
1.3 Revisionskriterier	5
1.4 Kontrollmål	5
1.5 Avgränsning	5
1.6 Metod	5
2. Iakttagelser och bedömningar	7
2.1 Regionalt utvecklingsprogram (RUP)	7
2.1.1 Iakttagelser	7
2.1.2 Bedömning	9
2.2 Planering inför ny regional utvecklingsstrategi (RUS)	9
2.2.1 Iakttagelser	9
2.2.2 Bedömning	12
2.3 Roll- och ansvarsfördelning rörande regionalt utvecklingsarbete	12
2.3.1 Iakttagelser	12
2.3.2 Bedömning	14
2.4 Samordningsinsatser kopplat till regional utvecklingsstrategi	15
2.4.1 Iakttagelser	15
2.4.2 Bedömning	17
2.5 Systematisk resultatuppföljning och utvärdering	18
2.5.1 Iakttagelser	18
2.5.2 Bedömning	20
3. Revisionell bedömning	22
3.1 Rekommendationer	22

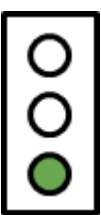
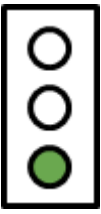

Sammanfattning

Revisorerna har utifrån väsentlighet och risk funnit det relevant att granska hur regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden bedriver det regionala utvecklingsarbetet. Granskningen syftar till att bedöma hur det regionala utvecklingsarbetet bedrivs av Region Östergötland, med inriktning på strategi, samordning och resultatredovisning (punkt 1 och 3 i förordningen om regionalt tillväxtarbete). Revisionsfrågan har varit huruvida regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden bedriver ett ändamålsenligt arbete utifrån det regionala utvecklingsansvaret.

Utifrån genomförd granskning är vår revisionella bedömning att regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden inte bedriver ett helt ändamålsenligt arbete utifrån det regionala utvecklingsansvaret.

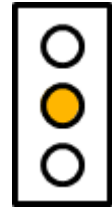
Den revisionella bedömningen har sin grund i bedömningen av granskningens fem kontrollmål vilka konstaterar att regionen har ett relevant nuvarande regionalt utvecklingsprogram samt att regionen även i huvudsak har en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi. Regionen har arbetat mycket med processen att ta fram en ny strategi och ett stort fokus har legat på förankringsarbete bland berörda aktörer. Störst brister återfinns inom systematisk uppföljning och utvärdering, där regionen ännu inte landat i hur uppföljning ska genomföras.

Bedömning per kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar	
<i>Regionstyrelsen säkerställer att ett relevant regionalt utvecklingsprogram finns.</i>	Uppfyllt	
<i>Regionstyrelsen har en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi</i>	Uppfyllt	
<i>Det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden rörande det regionala utvecklingsarbetet</i>	Delvis uppfyllt	

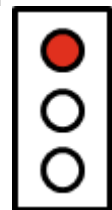
Regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden samordnar i tillräcklig grad insatser för att genomföra gällande strategi

Delvis uppfyllt



Regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden har en systematisk resultatuppföljning och utvärdering av det regionala utvecklingsarbetet

Ej uppfyllt



Rekommendationer

Förtydliga ansvaret för uppföljning och utvärdering av det regionala utvecklingsarbetet för att säkerställa att systematisk uppföljning görs inom regionen.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Den 1 januari 2015 bildades Region Östergötland genom en sammanslagning av Landstinget i Östergötland och Regionförbundet Östsam. Inom regionen finns tretton kommuner: Linköping, Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik, Åtvidaberg, Kinda, Mjölby, Vadstena, Ödeshög, Boxholm, Ydre, Motala och Finspång. Region Östergötland har sedan regionbildningen ett samlat regionalt utvecklingsansvar. Av 7 § i Förordning (2017:583) om regionalt tillväxtarbete framgår att den som har det regionala utvecklingsansvaret ska:

1. utarbeta och fastställa en strategi för länets utveckling (regional utvecklingsstrategi) och samordna insatser för att genomföra strategin
2. besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete
3. följa upp, låta utvärdera och årligen redovisa resultaten av det regionala tillväxtarbetet till regeringen

Sedan 2012 finns ett regionalt utvecklingsprogram för Östergötland (antagen vid Regionförbundet Östsams fullmäktige 2 maj 2012). Ett arbete pågår med att förbereda en regional utvecklingsstrategi. Detta arbete ska vara klart 2020.

Inom Region Östergötland har flera nämnder ett ansvar i arbetet med regional utveckling. Regionstyrelsen (RS) har det övergripande och samordnande regionala utvecklingsansvaret och för att bl a samordna insatser för att genomföra strategier i utvecklingsstrategin för Östergötland. Regionutvecklingsnämnden (RUN) ansvarar för att främja hållbar ekonomisk tillväxt, näringslivsutveckling, kulturverksamhet, kompetensförsörjning och ökad sysselsättning i regionen. Nämnden ska arbeta för att förbättra regionens attraktivitet. Trafik- och samhällsplaneringsnämnden (TSN) ansvarar för regionala utvecklingsfrågor inom samhällsbyggnad, kollektivtrafik, infrastruktur, landsbygdsutveckling samt energi och klimat. TSN:s ansvar för regional utveckling ingår dock ej i denna granskning.

Revisorerna har utifrån väsentlighet och risk funnit det relevant att granska hur regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden bedriver det regionala utvecklingsarbetet. Denna granskningsinsats sker med inriktning på ansvaret att ta fram strategier, samordna arbetet samt uppföljning och resultatredovisning (punkt 1 och 3 i förordningen om regionalt tillväxtarbete).

1.2 Syfte och Revisionsfråga

Granskningen syftar till att bedöma hur det regionala utvecklingsarbetet bedrivs av Region Östergötland, med inriktning på strategi, samordning och resultatredovisning (punkt 1 och 3 i förordningen om regionalt tillväxtarbete).

Den revisionsfråga som granskningen ska besvara är enligt följande:

Bedriver regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden ett ändamålsenligt arbete utifrån det regionala utvecklingsansvaret?

1.3 Revisionskriterier

- Förordning (2017:583) om regionalt tillväxtarbete
- Regionalt utvecklingsprogram (RUP) 2030
- Reglemente för regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden
- Interna styrande dokument för området regional utveckling

1.4 Kontrollmål

- Regionstyrelsen säkerställer att ett relevant regionalt utvecklingsprogram finns.
- Regionstyrelsen har en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi.
- Det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan regionstyrelse och regionutvecklingsnämnd rörande det regionala utvecklingsarbetet.
- Regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden samordnar i tillräcklig grad insatser för att genomföra gällande strategi.
- Regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden har en systematisk resultatuppföljning och utvärdering av det regionala tillväxtarbetet.

1.5 Avgränsning

Avgränsas enligt kontrollmålen och avser regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden. Trafik- och samhällsplaneringsnämnden ingår inte i granskningen.

Regionens arbete avgränsas främst till ansvaret att ta fram strategier, samordna arbetet samt uppföljning och resultatredovisning.

1.6 Metod

Genomgång av för granskningen relevanta styrande dokument samt genomgång av dokument som beskriver regionstyrelsens och regionutvecklingsnämndens styrning, samordning och uppföljning, som exempelvis;

- Regionalt utvecklingsprogram 2030 för Östergötland
- Reglementen
- Villkorsbeslut
- Strategisk plan med treårsbudget 2019-2021
- Regionala planer och program

Intervjuer har genomförts med följande aktörer;

- Regionstyrelsens ordförande
- Regionstyrelsens 2:e vice ordförande
- Regionutvecklingsnämndens presidium
- Trafik- och samhällsplaneringsnämndens presidium
- Regionutvecklingsdirektör
- Ledningsgrupp regional utveckling
- Processledare för regional utvecklingsstrategi

Sammanlagt har 13 personer, däribland förtroendevalda och tjänstepersoner, intervjuats inom ramen för granskningen.

En webbenkät har ställts till kommunchefer och kommunstyrelsens ordförande i länets 13 kommuner för att fånga deras erfarenheter av det regionala utvecklingsarbetet samt av kontakter med regionen i det regionala utvecklingsarbetet. Vi erhöll 12 (varav 5 kommunchefer och 7 kommunstyrelseordförande) svar av 26, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 46 procent. Enkäten har genomförts på ett sätt så att respondenterna har varit anonyma och vi kan således inte redovisa vilka av kommunerna som har svarat på enkätfrågorna. Två påminnelser skickades till de som inte besvarat enkäten. Svarsfrekvensen är lägre än önskvärt. Svaren får främst användas som en indikation på förekomsten av olika uppfattningar men resultatet kan inte med säkerhet sägas spegla den generella uppfattningen i länet.

Två förtroendevalda revisorer har följt granskningen: Maud Ericsson och Jan Gyllenhammar.

2. Iakttagelser och bedömningar

I detta avsnitt redovisas de iakttagelser och bedömningar som gjorts utifrån respektive kontrollmål.

2.1 Regionalt utvecklingsprogram (RUP)

Kontrollmål 1: Säkerställer regionstyrelsen att ett relevant regionalt utvecklingsprogram finns?

2.1.1 Iakttagelser

Enligt Förordning (2017:583) om regionalt tillväxtarbete ska tillväxtarbetet bedrivas i syfte att uppfylla målen för den regionala tillväxtpolitiken och arbetet ska utformas och bedrivas i sektorsövergripande samarbete mellan aktörer på lokal, regional, nationell och internationell nivå. Det anges den regionala utvecklingsstrategin ska vara samlad och sektorsövergripande. Det framkommer även att strategin/programmet ska beaktas när regionen tar fram andra regionala strategier och program.

Nu gällande regionalt utvecklingsprogram (RUP) utarbetades och antogs av Regionförbundet Östsams fullmäktige år 2012 efter samråd med landstinget och länets kommuner. I framtagandeprocessen deltog, enligt programmet, även företrädare för näringsliv, offentliga organisationer samt civilsamhället. När regionen bildades 2015 ärvde regionen det regionala utvecklingsprogrammet. Alla beslut som tidigare fattats av Regionförbundet lyftes in i regionen vid regionbildningen. Det fattades således inte något nytt formellt beslut om RUP:en. Programmet gäller till och med år 2030 och beskrivs vara vägledande för kommuner, landsting, statliga myndigheter, näringsliv och det civila samhället.

Programmet består av tre mål, med koppling till principerna för hållbar utveckling, och åtta tillhörande strategier. Strategierna mynnar ut i ett stort antal rekommendationer. Programmets tre mål är enligt följande;

- Mål 1: Goda livsvillkor för regionens invånare
- Mål 2: Ett starkt näringsliv och hög sysselsättning
- Mål 3: Hållbart nyttjande av naturens resurser

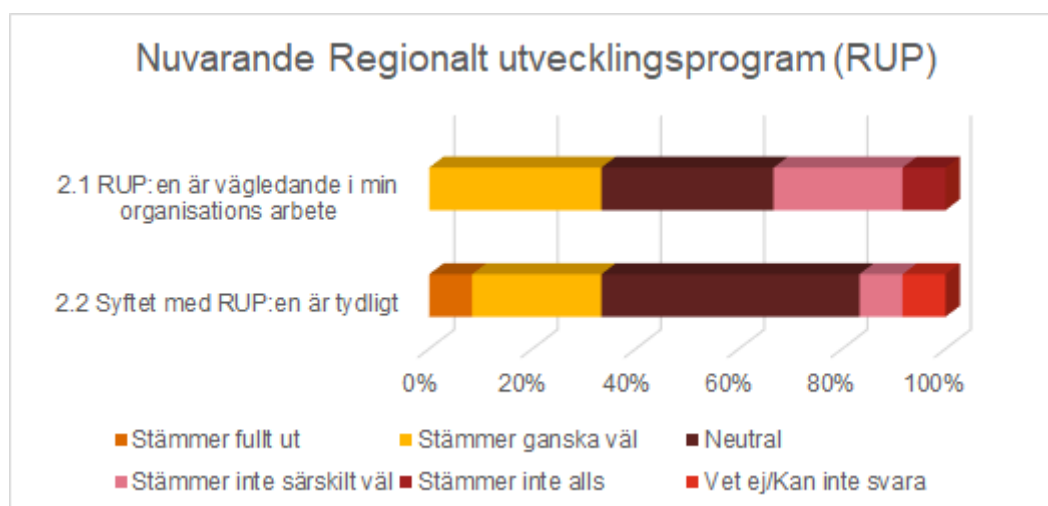
Vid intervjuerna framgår att utvecklingsprogrammet är regionens yttersta styrdokument, och att mycket av det arbete som utförs går att koppla till strategierna. Trots detta framkommer delade meningar kring hur relevant och aktuellt programmet faktiskt är, samt vilken kännedom som finns kopplat till programmet, både inom regionen samt i länets kommuner. Det påtalas att i och med att samhället har förändrats så är det vissa aspekter som saknas i programmet, såsom bland annat digitalisering och integration. Enligt Förordningen (2017:583) framkommer att den regionala utvecklingsstrategin ska uppdateras löpande och att en översyn ska ske minst en gång mellan varje val till landstings- och kommunfullmäktige. Det faktum att utvecklingsprogram/utvecklingsstrategier härnäst ska aktualiseras vid varje mandatperiod är något som betonas som positivt vid intervjuerna. Det anges hur viktigt det är att ett regionalt strategidokument känns relevant för samtliga aktörer som det

berör, och att det är osäkert hur god kännedom som finns om nuvarande program i exempelvis regionens kommuner samt vilket ägandeskap de känner för programmet.

Vid en genomgång av regionens styrdokument konstateras att det finns en tydlig koppling mellan dessa och det nuvarande regionala utvecklingsprogrammet. I bland annat Strategisk plan med treårsbudget 2019-2021, som är ett centralt dokument för regionens styrning, anges att den strategiska planen har tagit särskild ansats från det regionala utvecklingsprogrammet. I planen återges programmets mål och det anges att utvecklingsprogrammet sätter ramarna för Region Östergötlands verksamhet.

Det går således att konstatera att även om det finns osäkerhet inom regionen kring huruvida programmet faktiskt används så ligger den till grund för majoriteten av de styrande dokument som finns, exempelvis Region Östergötlands internationella strategi, Regionalt serviceprogram för Östergötland 2014-2020 samt Länstransportplan 2018-2029.

För att få en bild av hur länets kommuner upplever det pågående regionala utvecklingsarbetet skickades en enkätundersökning till kommundirektörer och kommunstyrelsens ordförande i de tretton kommunerna. Av diagrammet nedan framgår vilka enkätfrågor vi ställde med koppling till det nuvarande regionala utvecklingsprogrammet samt resultatet av våra frågor.



I tabellen nedan redovisas samtliga inkomna svar per påstående.

<i>I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden:</i>	Fullt ut	Ganska väl	Neutral	Inte särskilt väl	Inte alls	Vet ej	Antal
2.1 RUP:en är vägledande i min organisations arbete	0 st	4 st	4 st	3 st	1 st	0 st	12 st
2.2 Syftet med RUP:en är tydligt	1 st	3 st	6 st	1 st	0 st	1 st	12 st

Vi kan konstatera att hälften av respondenterna förhåller sig neutrala när det gäller påståendet om syftet med nuvarande RUP:en är tydligt. Svaren är varierande och fördelade över svarsskalan när det gäller om utvecklingsprogrammet är vägledande i

organisationen. I enkäten fanns även möjlighet att lämna fritextsvar, följande svar angavs kopplat till nuvarande regionalt utvecklingsprogram:

“RUP har aldrig fått någon “kommunal” status i vår kommun”

“Mer perspektiv utifrån kommunerna vore önskvärt”

“Många stora och många olika frågeställningar att fatta beslut om”

2.1.2 Bedömning

Vi bedömer att Regionstyrelsen säkerställt att ett relevant regionalt utvecklingsprogram finns.

Regionstyrelsen säkerställer att ett relevant regionalt utvecklingsprogram finns.

Uppfyllt



Det finns ett nu gällande regionalt utvecklingsprogram, med en lång tidshorisont (2030), och som formellt fortfarande är aktuellt. Det framkommer vid intervjuerna att det finns viss variation i synen på programmets aktualitet och användningsområde, men merparten av de intervjuade ser programmet som aktuellt och styrande. Det går att se en tydlig koppling mellan programmets mål och strategier och övriga regionala styrdokument. Vid intervjuerna uppges även att programmet i praktiken används av tjänstepersoner som arbetar inom området. Detta då den bland annat ligger till grund för inriktning och beslut rörande t.ex. projektmedel.

Vid vår enkätundersökning syns dock tendenser av att det regionala utvecklingsprogrammet inte är vägledande i organisationens arbete.

2.2 Planering inför ny regional utvecklingsstrategi (RUS)

Kontrollmål 2: Har regionstyrelsen en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi?

2.2.1 Iakttagelser

För närvarande pågår ett arbete med att ta fram en regional utvecklingsstrategi (RUS) som kommer att ersätta nuvarande regionalt utvecklingsprogram (RUP). Den nya regionala utvecklingsstrategin tar sikte på år 2040. Syftet med den långa tidshorisonten är, enligt intervjuer och information på regionens hemsida, att ha en tillräckligt lång tidsperiod för att möjliggöra en verklig förändring. På hemsidan anges fyra utgångspunkter som betonas som centrala i arbetet med att ta fram den nya strategin;

- Utvecklingsstrategin ska vara bred.
- Alla viktiga regionala utvecklingsfrågor ska rymmas i den.
- Hela Östergötland ska få plats i utvecklingsstrategin. Stad och land, stora och små kommuner.

- Utvecklingsstrategin ska handla om regionala frågor, inte om nationella eller lokala sådana.

I Förordning (2017:583) om regionalt tillväxtarbete anges att en utvecklingsstrategi ska utarbetas i samverkan med berörda kommuner, landsting samt länsstyrelse och andra berörda statliga myndigheter. Strategin ska förankras väl både lokalt och regionalt, och även civilsamhället och näringslivet ska erbjudas möjlighet till samverkan.

Vid intervjuer samt av erhållen information framgår att det finns en angiven tidsplan för hur det fortsatta arbetet ska fortlöpa. De delprocesser som har utförts under år 2018 har varit genomförandet av samtal och dialog med olika samhällsaktörer för att formulera målbilder och vägar till dessa, samt att ta fram kunskapsunderlag och nulägesbeskrivningar. Sedan maj 2018 har det pågått en mängd samråd om den nya regionala utvecklingsstrategin. Enligt erhållen förteckning från regionen så har 21 samråd hållits med nätverk och representanter från kommuner, myndigheter och civilsamhället. Regionen har även tagit fram och publicerat en sammanställning av allt material och alla resultat från de workshops som genomförts under år 2018-2019. Av materialet framkommer att innehållet ska användas i det fortsatta arbetet.

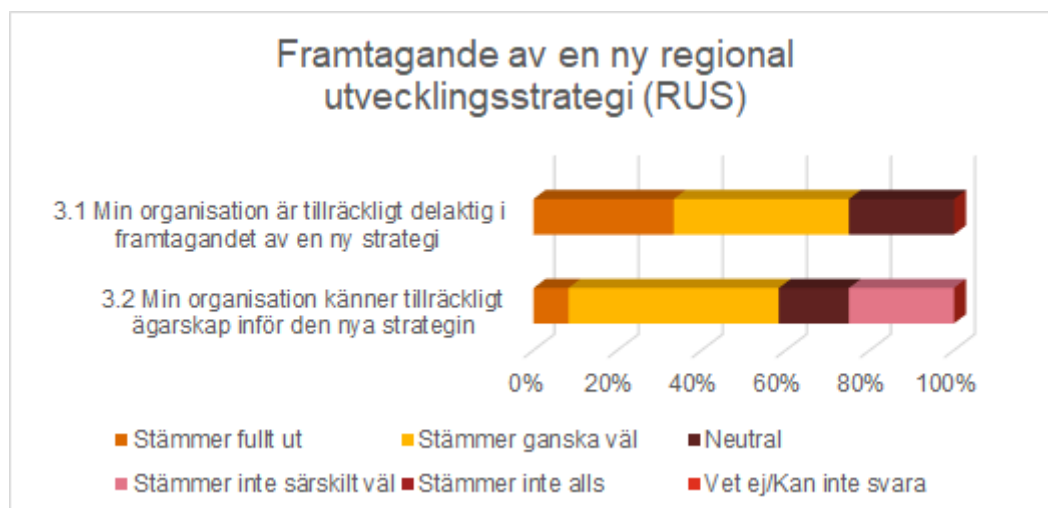
Under år 2019 kommer regionen fokusera på att genomföra dialoger och samtal med politiska företrädare inom länets kommuner och inom Region Östergötland. Slutligen planeras den regionala utvecklingsstrategin att antas av Region Östergötlands fullmäktige under våren 2021.

Den information som vi tagit del av gällande processen visar att det finns en aktiv sådan, och att förankring, delaktighet och ägandeskap är något som ses som centrala aspekter. Det är även något som framgår av inriktningsdirektivet för Östergötlands utvecklingsstrategi (daterad 2018-05-03). Där anges att de aktörer som anser sig arbeta med utvecklingsfrågor också bör ges möjlighet att delta i processen med att ta fram en ny strategi. Utgångspunkten i arbetet uppges, enligt direktivet, vara gemensamma målbilder och en gemensam bild av läget i länet. Vikten av förankring är även något som betonas vid intervjuer. Den politiska förankringen uppges ha "halkat efter" med anledning av valet 2018 och med anledning av detta har regionen beslutat att skjuta fram antagandet av strategin till våren 2021 för att kunna involvera de förtroendevalda för mandatperioden 2019-2022. Under hösten 2019 planeras tre temadagar med workshops kring den nya regionala utvecklingsstrategin. Temadagarna riktar sig till politiker och tjänstepersoner inom kommun och region, myndigheter, företag, näringslivsorganisationer, civilsamhällets föreningar och medborgare.

Av inriktningsdirektivet framgår även att en bättre samordning är något centralt för det regionala utvecklingsarbetet och att detta kan nås genom utvecklingsstrategin som ger vägledning och tydlighet när det gäller övergripande mål och gemensamma prioriteringar. Strategin förväntas skapa ett sammanhang som olika aktörer kan relatera egna mål och prioriteringar till. För att säkerställa att det finns en gemensam arbetsprocess har regionen och länets kommuner inrättat en gemensam processorganisation för att planera och genomföra arbetet. Det finns, enligt dokumentation och intervjuer, en befintlig samrådsstruktur som kommer att användas.

I samband med att beslut fattades om framtagande av en ny regional utvecklingsstrategi genomfördes under år 2017 en uppföljning av utvecklingsprogrammets rekommendationer. Mer information om detta finns under kontrollmål fem. Vid intervjuer framgår att det finns tankar på vad som behöver göras annorlunda i kommande strategi, t.ex. att hålla den mer kortfattad, förbättra uppföljningsmöjligheterna samt låta kommuner och aktörer konkretisera nästa steg i egna planer snarare än att RUS:en blir för konkret. Samtidigt kan noteras att det inte har gjorts någon strukturerad analys av nuvarande RUP:ens brister och förtjänster inför framtagandet av ny RUS.

Av diagrammet nedan syns de frågor vi ställde med anknytning till framtagandet av den nya regionala utvecklingsstrategin.



I tabellen nedan redovisas samtliga inkomna svar per påstående.

<i>I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden:</i>	Fullt ut	Ganska väl	Neutral	Inte särskilt väl	Inte alls	Vet ej	Antal
3.1. Min organisation är tillräckligt delaktig i framtagandet av en ny strategi	4 st	5 st	3 st	0 st	0 st	0 st	12 st
3.2 Min organisation känner tillräckligt ägarskap inför den nya strategin	1 st	6 st	2 st	3 st	0 st	0 st	12 st

Resultatet visar att en majoritet av de respondenter som besvarat enkäten instämmer fullt ut eller ganska väl i påståendet om delaktighet och känsla av ägarskap kopplat till den nya utvecklingsstrategin. Dock anger en fjärdedel, 25 procent, av respondenterna att de inte instämmer särskilt väl vad gäller påståendet av känslan av ägandeskap.

2.2.2 Bedömning

Vi bedömer att regionstyrelsen har en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi.

Regionstyrelsen har en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi

Uppfyllt



Vi bedömer det som positivt med fokuseringen på förankringsarbete och delaktighet bland de aktörer som berörs av strategin. Det framkommer att processen som helhet är viktig. Omtag har skett för att uppnå en ökad politisk förankring och delaktighet efter valet i september 2018.

Enkätresultaten indikerar att det har skapats en god förankring och delaktighet i kommunerna vid framtagandet av den nya utvecklingsstrategin.

2.3 Roll- och ansvarsfördelning rörande regionalt utvecklingsarbete

Kontrollmål 3: Finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan regionstyrelse och regionutvecklingsnämnd rörande det regionala utvecklingsarbetet?

2.3.1 Iakttagelser

Ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden framkommer av Region Östergötlands reglementen. Där anges att *regionstyrelsen* har det övergripande och samordnande regionala utvecklingsansvaret, vilket bland annat innefattar att samordna insatser för att genomföra strategier i utvecklingsstrategin för Östergötland. Styrelsen har även huvudansvaret för att leda arbetet med framtagandet av en regional utvecklingsstrategi. Vid en protokollsgenomgång framgår att regionstyrelsen under perioden juni 2018 till och med juni 2019 har haft två beslutsärenden kopplat till RUS:en, ett inriktningsdirektiv (2018-06-13 §136) och ett beslut om beredning för arbetet med utvecklingsstrategin (2019-01-30 §20).

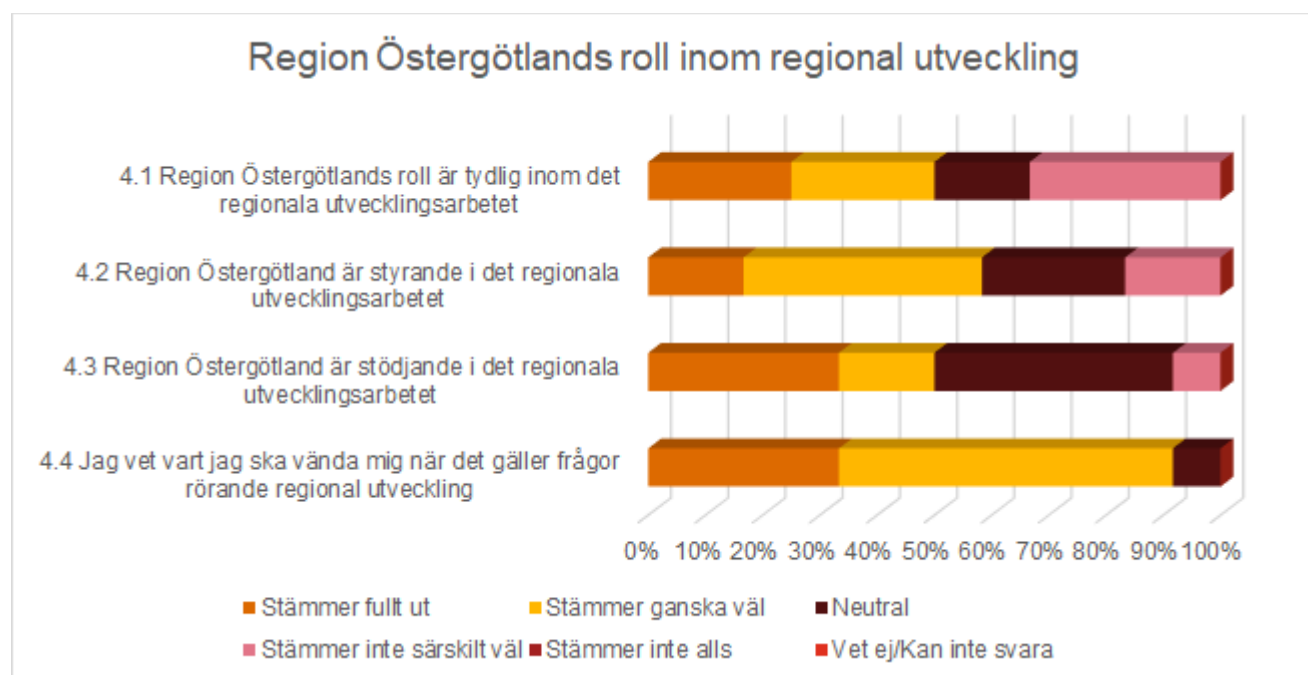
Regionutvecklingsnämnden har funnits sedan regionen bildades år 2015. Regionutvecklingsnämnden ansvarar för att bereda och besluta i frågor som rör bland annat näringsliv/innovation, attraktivitet, besöksnäring/turism och strukturfonder. Nämnden ansvarar även för arbetet med kompetensplattformen samt kulturplan och beställningar/uppdrag till kulturinstitutioner, folkbildning, bibliotek mm. RUN har ansvar att följa upp sina områden utifrån reglementet men har inte övergripande ansvar för uppföljning av RUS, utan det åligger regionstyrelsen.

De intervjuade politikerna och tjänstepersonerna upplever i huvudsak att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden, och att det inte har förekommit någon problematik med gränsdragning. Något som däremot upplevs som oklart är ansvaret rörande uppföljning och vilken aktör som bär det faktiska ansvaret för att uppföljning görs. Av reglementet framgår, som nämnts ovan, att styrelsen ska ha det samordnande regionala utvecklingsansvaret samt att övervaka

att de av fullmäktige fastställda målen och planerna för verksamheten och ekonomin följs.

När det gäller beslutsfattandet så finns det en tydlig gränsdragning även mellan regionutvecklingsnämnden och trafik- och samhällsbyggnadsnämnden, detta med anledning av de olika sakområdena. Däremot påtalas att ett stort kommunikationsansvar således läggs på regionens tjänstepersoner för att förmedla information mellan nämnderna. Detta uppges dock förenklas av att nämnderna i fråga har en gemensam tjänstemannaorganisation. Sedan årsskiftet 2018/2019 har nämnderna haft överlappande presidiummöten varannan månad med syftet att samordna frågor som rör målsättning, uppföljning samt ledning och styrning av frågor rörande regional utveckling. Detta är en ny struktur som förväntas leda till ett mer strukturerat samarbete och dialog nämnderna emellan. Av minnesanteckningarna från nämndernas presidiummöten under våren framgår att det som främst diskuterats är informationspunkter från respektive nämnd.

Av diagrammet nedan framkommer de frågor vi ställde i enkätundersökningen med anknytning till Region Östergötlands roll inom det regionala utvecklingsarbetet.



I tabellen nedan redovisas samtliga inkomna svar per påstående.

<i>I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden:</i>	Fullt ut	Ganska väl	Neutral	Inte särskilt väl	Inte alls	Vet ej	Antal
4.1 Region Östergötlands roll är tydlig inom det regionala utvecklingsarbetet	3 st	3 st	2 st	4 st	0 st	0 st	12 st
4.2 Region Östergötland är styrande i det regionala utvecklingsarbetet	2 st	5 st	3 st	2 st	0 st	0 st	12 st
4.3 Region Östergötland är stödjande i regionala utvecklingsarbetet	4 st	2 st	5 st	1 st	0 st	0 st	12 st
4.4. Jag vet vart jag ska vända mig när det gäller frågor rörande regional utveckling	4 st	7 st	1 st	0 st	0 st	0 st	12 st

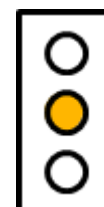
Av enkätsvaren framkommer att nästan samtliga respondenter vet vilka inom Region Östergötlands organisation de ska vända sig när de har frågor rörande regional utveckling. I övrigt är det cirka hälften som instämmer fullt ut eller ganska väl kring påståenden om regionens roll. Det framkommer dock att det finns en relativt stor andel som inte upplever regionens roll som tydlig. Kopplat till detta område inkom följande fritextsvar; *“Regionen en part. 13 kommuner en annan part”*

2.3.2 Bedömning

Vi bedömer att roll- och ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden delvis är tydlig.

Det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden rörande det regionala utvecklingsarbetet

Delvis uppfyllt



I regionens reglementen framgår en ansvarsfördelning mellan styrelsen och nämnderna och det är tydligt för alla intervjuade att regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för den regionala utvecklingen. Vi kan dock konstatera att det vid intervjuerna förekommer en viss osäkerhet gällande ansvaret för uppföljning. Regionstyrelsen har ett formellt ansvar men enligt vår bedömning ser vi mer uppföljning av den regionala utvecklingen i RUN:s dokument, t.ex. årsredovisningen 2018. Vi återkommer till brister i uppföljningen senare i rapporten, under avsnittet som behandlar kontrollmål 5.

Av enkätresultatet kan vi konstatera att det bland respondenterna finns en kunskap om vart de ska vända sig inom regionen när det gäller frågor om regional utveckling. Det finns dock samtidigt viss osäkerhet kring regionens roll.

2.4 Samordningsinsatser kopplat till regional utvecklingsstrategi

Kontrollmål 4: Samordnar regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden insatser i tillräcklig grad för att genomföra gällande strategi?

2.4.1 Iakttagelser

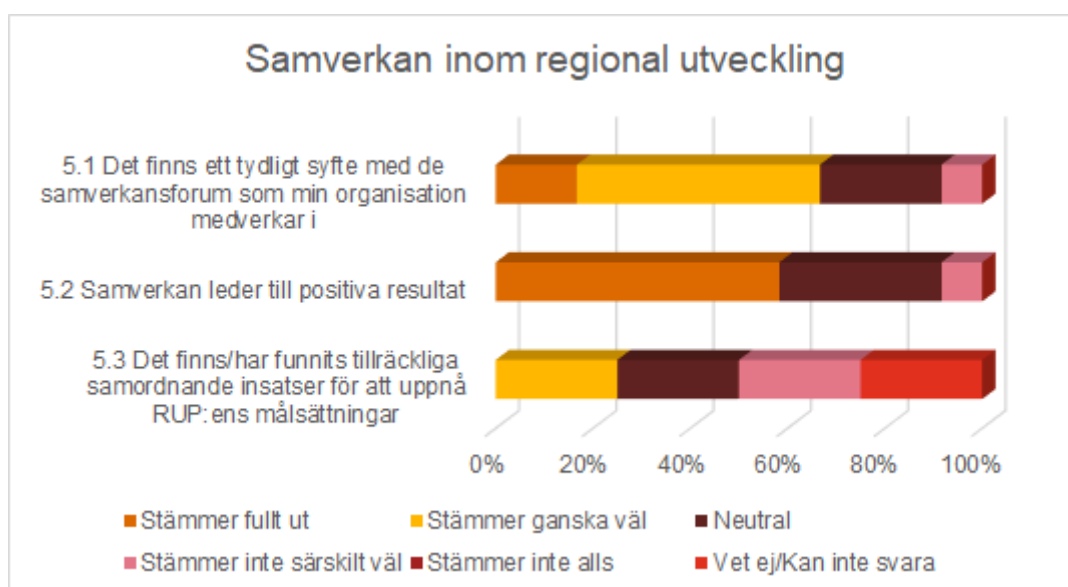
Vid intervjuer framgår att det i dagsläget inte sker någon särskild samordning med anknytning till det nuvarande regionala utvecklingsprogrammet och att regionen befinner sig i ett "mellanår". I och med att det har påbörjats en process med en ny regional utvecklingsstrategi så har den befintliga samordningen ett större framtidsfokus, dvs på framtagandet av ny RUS snarare än insatser för att genomföra gällande RUP. Det finns ett flertal olika samråds- och samordningskonstellationer kopplat till området regional utveckling. De konstellationer som påtalats som centrala vid intervjuer, samt i erhållet material, följer enligt nedan:

- **Tillfällig beredning**, i enlighet med namnet så är det en tillfällig referensgrupp som kommer att existera från och med januari 2019 till och med 31 december 2021. Den tillfälliga beredningsgruppen beskrivs som en intern referensgrupp för arbetet med att ta fram en ny strategi samt med syfte att skapa yta för intern förankring och samtal om den regionala utvecklingsstrategin. Beredningen består av ordförande och 2:e vice ordförande i regionstyrelsen och samtliga övriga nämnder i regionen samt gruppledare för de partier som inte representeras enligt ovan. Gruppen har totalt tolv ledamöter.
- **Samrådet för strategiska frågor**, utgör politisk styrgrupp för arbetet och består av kommunstyrelsens ordförande och oppositionspolitiker från regionens samtliga kommuner och representanter från regionstyrelsen. Utöver dessa bjuds även landshövdingen. Regionstyrelsen har enligt sitt reglemente ett särskilt ansvar för att de strategiska samråden med kommunerna hålls minst två gånger per år. Under 2019 har samrådet följande mötesdagar: 1/3, 5/4, 14/6, 30/8 (gemensamt med ledningsgrupp för strategiska frågor, dvs kommunchefer och regiondirektör/regionutvecklingsdirektör), 4/10, 6/12.
- **Ledningsgruppen för strategiska frågor**, utgör beredande tjänstemannagrupp till samrådet för strategiska frågor. Här ingår länets kommundirektörer samt regiondirektör och regionutvecklingsdirektör. Även länsrådet bjuds in. Ledningsgruppen fungerar enligt intervjuer som en förtrupp i alla de frågor som tillhör samrådets agenda.
- **Kunskapssammanträden**, planeras genomföras fyra gånger under året och den 22 maj 2019 genomfördes ett med syfte att öka kunskapen om processen och region Östergötlands roll kopplat till regional utveckling samt för att inhämta inspel till utvecklingsstrategin för regionen. Sammanträdet är ledamöter och ersättare i regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regionutvecklingsnämnden, trafik- och samhällsbyggnadsnämnden samt ledamöter i regionfullmäktige som inte sitter i regionstyrelsen eller någon nämnd samt Samrådet för strategiska frågor. Vi har erhållit material i form av presentationer från kunskapssammanträdet den 22 maj. I regionutvecklingsnämndens protokoll lämnas vid två tillfällen, den 3 april och 8 maj, information om kunskapssammanträdet om regional utveckling och nämndens ledamöter och ersättare uppmanas delta. Vi har inte noterat motsvarande information/uppmaning i regionstyrelsens protokoll.

- **PLG (politisk ledningsgrupp)**, även denna grupp anges vid intervjuerna arbeta med förankringsarbete för presidier och nämnder, och det framgår att gruppens arbete börjar bli mer beslutsfokuserat. Gruppen består av presidierna i regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, trafik- och samhällsplaneringsnämnden och regionutvecklingsnämnden samt gruppledare.

Av regionutvecklingsnämndens årsredovisning 2018 framgår att det under året har genomförts en översyn av samrådsstrukturen inför kommande mandatperiod. Översynen resulterade i en minskning av den formella politiska samrådsstrukturen. Detta genererade att två samråd, Samrådet för strategiska frågor och Samrådet för vård och omsorg, kvarstår men att övriga samråd, dvs. Samråd för näringsutveckling, Samråd för kultur samt Samråd för utbildning och kompetensförsörjning, avvecklas. Samrådet för strategiska frågor ska hantera politiskt strategiska regionala och kommunala perspektiv på näringslivs-, kultur-, samhällsplanerings- och utbildningsfrågor. Det framgår även att politiska referensgrupper kommer att inrättas vid behov för att stötta utarbetandet av regionala strategier.

Av diagrammet nedan framgår de enkätfrågor vi ställde till kommunrepresentanter med anknytning till samverkan inom regional utveckling.



I tabellen nedan redovisas samtliga inkomna svar per påstående.

I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden:	Fullt ut	Ganska väl	Neutral	Inte särskilt väl	Inte alls	Vet ej	Antal
5.1 Det finns ett tydligt syfte med de samverkansforum som min organisation medverkar i	2 st	6 st	3 st	1 st	0 st	0 st	12 st
5.2 Samverkansforum leder till positiva resultat	7 st	0 st	4 st	1 st	0 st	0 st	12 st
5.3 Det finns/har funnits tillräckliga samordnande insatser för att uppnå RUP:ens målsättningar	0 st	3 st	3 st	3 st	0 st	3 st	12 st

Enkätresultatet visar på en delad uppfattning kring huruvida det finns/har funnits tillräckliga samordnande insatser för att uppnå RUP:ens målsättningar. När det gäller samverkan är det däremot en majoritet som uppger att samverkan leder till positiva resultat och det finns även en positiv bild av syftet med samverkansforum. Dock är det genomgående flera av respondenterna som ställer sig neutrala till våra påståenden om samverkan. En förklaring till detta skulle kunna vara att respondenterna är nya i sina roller och inte arbetat så mycket med det regionala utvecklingsprogrammet (RUP), vilket bland annat framkommer av fritextsvaren nedan;

“Jag är för ny för att kunna ta ställning till detta. Jag har snarare fokus på RUS:en”

“Jag är ny KSO. Svårt att få grepp om olika frågor”

“För tidigt att svara på med tanke på förändrat organisation”

I övrigt inkom även följande fritextsvar;

“Lyssna på kommunerna”

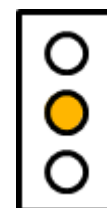
“Den osäkerhet jag uttrycker handlar till stor del om det nationella uppdragets karaktär. Det tycker jag är otydligt.”

2.4.2 Bedömning

Vi bedömer att regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden delvis samordnar insatser i tillräcklig grad för att genomföra gällande strategi.

Regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden samordnar i tillräcklig grad insatser för att genomföra gällande strategi

Delvis uppfyllt



Vår bedömning är att regionen har prioriterat att involvera flera olika aktörer i arbetet med att ta fram en ny regional utvecklingsstrategi, och därmed samordnat och förankrat processen på ett i huvudsak tillfredsställande sätt. Regionens fokus - mobiliseringsarbetet utifrån befintlig RUP till trots - är emellertid i hög grad framåtriktat och det samordnande arbetet och aktiviteterna kring nu gällande program har enligt vår bedömning inte samma fokus. Enkätsvaren ger en delad bild av huruvida det har funnits tillräckliga samordnande insatser för att nå den gällande RUP:ens målsättningar, trots detta syns i undersökningen tendenser på att samverkan är något som leder till positiva resultat.

Vi bedömer det som viktigt att förankringen och samordningen fortsätter under 2019 och framåt givet att nya politiker har tillträtt vid årsskiftet, men ser det även som viktigt att värdera antalet forum och nyttan av dessa så att processen inte blir för tidskrävande för regionen och alla inblandade aktörer.

2.5 Systematisk resultatuppföljning och utvärdering

Kontrollmål 5: Har regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden en systematisk resultatuppföljning och utvärdering av det regionala tillväxtarbetet?

2.5.1 Iakttagelser

I Förordningen (2017:583) om regionalt tillväxtarbete anges att den som har ansvaret för det regionala tillväxtarbetet ska följa utvecklingen i länet och analysera, följa upp och utvärdera arbetet. Detta är något som ska ske löpande, systematiskt och långsiktigt och utifrån ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet.

Av det gällande regionala utvecklingsprogrammet framgår att uppföljning och utvärdering är av central betydelse och som måste ske av, eller på initiativ av, den part som har ansvaret för en direkt verksamhet. Det är angeläget att kontinuerligt följa regionens utveckling över tid för att kunna bedöma om utvecklingen följer programmets mål. För att möjliggöra jämförelser bör uppföljningen ske på ett över tid likartat sätt och bör även utgå från relevanta indikatorer som tillsammans ger en bild av regionens utveckling.

I utvecklingsprogrammet anges att Regionförbundet Östsam, nuvarande Region Östergötland, årligen ska ta fram en uppsättning indikatorer som ska användas och presenteras på ett sådant sätt att det möjliggör en jämförelse med utvecklingen i andra delar av Sverige. Indikatorerna ska när det är relevant, möjligt och önskvärt ge en bild som visar på likheter och skillnader mellan könen, mellan personer med olika nationell bakgrund och personer i olika åldrar. De indikatorer som presenteras ska finnas inom följande områden:

- Befolkningsstruktur och befolkningsutveckling
- Sysselsättning
- Näringslivets och arbetsmarknadens struktur och dynamik
- Utbildning och kompetensförsörjning
- Arbetsproduktivitet och försörjningsförmåga
- Rörlighet av människor och regionförstoring
- Miljö och energi

Vid intervjuer framgår att det finns svårigheter att följa upp och utvärdera det regionala utvecklingsarbetet och att det inte sker någon strukturerad årlig uppföljning av indikatorer på så vis som anges i utvecklingsprogrammet. Som tidigare nämnts (under avsnitt 2.3) så förekommer det även en osäkerhet kring ansvarsfördelningen vad gäller uppföljning. Att det yttersta ansvaret för uppföljning av regional utveckling bör ligga på regionstyrelsen är något som framkommer vid intervjuerna. Detta för att skapa en röd tråd mellan styrelsens ansvar att initiera processer, vilket framgår av reglementet, samt att följa upp dessa.

När det gäller nuvarande uppföljning så har det inte implementerats något system för att möjliggöra en kontinuerlig sådan av utvecklingsprogrammet, och det framgår att det finns svårigheter att mäta och följa upp nuvarande utvecklingsprogram. Däremot har regionen utfört punktinsatser där de följt upp programmets rekommendationer. Under år 2013/2014 och 2017 följde, enligt uppgift, alla enheter upp rekommendationerna. Den

uppföljning som annars görs innefattar återkoppling utifrån sakområden, snarare än utifrån helheten.

År 2015 gjordes däremot en samlad uppföljning av samhällsutvecklingen utifrån det regionala utvecklingsprogrammet. Uppföljningen namngavs till "*Hur går det för Östergötland?*". Utifrån ett antal indikatorer ges i rapporten en sammanfattande bild av trender och tendenser inom följande områden; befolkning, sysselsättning, arbetsmarknad, näringsliv, regionförstoring, kollektivtrafik och bilanvändning, boende och bostadsmarknad, utbildning, energi och miljö, folkhälsa och kultur. Av rapporten framgår att materialet kommer att uppdateras vartannat år. Detta har inte skett.

Den uppföljning som genomfördes år 2017, och som nämns ovan, gjordes med anledning av att beslut fattats om framtagandet av en ny utvecklingsstrategi. Uppföljningen, daterad 2017-10-24, hanterades inte politiskt utan användes istället, enligt uppgift, som informationsunderlag till kunskapsammansättningsråd om regional utveckling. Uppföljningen visade vidare på att många av rekommendationerna var påbörjade och att arbetet pågick i full fart eller halvfart. Vid intervjuer framkommer att nuvarande utvecklingsprogram anses vara svårt att överblicka och att det därmed för med sig svårigheter att ta till sig. Därför finns det nu en strävan att den nya utvecklingsstrategin ska mynna ut i ett mer lättillgängligt och kortfattat dokument.

Det genomförs löpande uppföljning av det regionala utvecklingsarbetet i årsredovisning och delårsrapportering. Från och med år 2018 har samtliga nämnder egna årsredovisningar, vilket enligt intervjuade anses tydliggöra uppföljning av sakområden och verksamhet. I regionutvecklingsnämndens och regionstyrelsens årsredovisningar för år 2018 genomförs en uppföljning av de mål och framgångsfaktorer som anges i Strategisk plan med treårsbudget 2018-2020. Den strategiska planen utgår i sin tur från bland annat det regionala utvecklingsprogrammet. Genom att samtliga nämnder numera har egna årsredovisningar med verksamhetsuppföljning så innebär det att informationen på ett naturligt sätt rör sig genom organisationen och når regionfullmäktige. Vid genomgång av årsredovisningarna framgår inte någon tydlig koppling till det regionala utvecklingsprogrammet (RUP) och det är således inte programmets rekommendationer som följs upp, utan strategiska mål från den strategiska planen. Uppföljningarna görs utifrån följande ett flertal perspektiv, bl a samhällsperspektivet, processperspektivet och ekonomiperspektivet.

I regionstyrelsens årsredovisning för 2018 uppges att "*måluppfyllelsen är god inom verksamhetsområdet regional utveckling*". Detta till trots framkommer att det finns svårigheter inom regionen med just uppföljning och utvärdering av regional utveckling. Reglab, ett forum för lärande om regional utveckling bestående av 21 regioner, Vinnova, Sveriges kommuner och landsting samt Tillväxtverket, har tagit fram ett mätsystem, BRP+, för livskvalitet på regional nivå som visar den långsiktiga utvecklingen för regionala resurser. Vid intervjuer uppges att det finns en förväntan på att BRP+ kan hjälpa regionen med uppföljning och utvärdering. Enligt erhållet material ska BRP+ bidra till en överblick av hur ekonomi, miljö och social utveckling hänger samman. BRP+ omfattar 16 teman varav 12 är kopplade till livskvalitet och fyra är områden som omfattar hållbarhet över tid. Dessa teman mynnar ut i aspekter och specifika indikatorer för mätning. Ett tema kan således ha flera aspekter och varje aspekt kan ha flera indikatorer.

Vid dialog med representant från RegLab uppges att BRP+ är ett bra strategiskt diskussionsunderlag och något som möjliggör jämförelser. Däremot krävs egna regionala fördjupningar och kompletteringar för att kunna följa utvecklingen i den egna specifika regionen. Det är således inte tänkt som ett renodlat uppföljningssystem utan som ett indikatorsystem för att följa utvecklingen och kunna göra regionala och lokala jämförelser, men också som ett strategiskt analysverktyg.

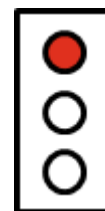
Vid en genomgång av regionutvecklingsnämndens protokoll under perioden juni 2018 till och med juni 2019 hittar vi få ärenden som rör resultat och uppföljning kopplat till regional utveckling. Den uppföljning som görs är i form av delårsrapportering (månatliga delrapporteringar), vilket förekommer vid 10 sammanträden, dvs. samtliga bortsett från ett, samt rapportering av årsredovisning. Vid samtliga sammanträden lämnas information från nämndens tjänstepersoner kopplat till aktuella händelser inom nämndens sakområden. Detsamma gäller även för regionstyrelsens uppföljning, även här sker uppföljningen vid delårsrapportering och årsredovisning. Som ytterligare exempel på uppföljning sker även årlig återrapportering till Tillväxtverket avseende hur regionen använder de statliga 1:1 medlen.

2.5.2 Bedömning

Vi bedömer att regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden inte har en systematisk resultatuppföljning och utvärdering av det regionala utvecklingsarbetet.

Regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden har en systematisk resultatuppföljning och utvärdering av det regionala utvecklingsarbetet

Ej uppfyllt



Den uppföljning som skett har varit enskilda punktinsatser (t.ex. uppföljningsrapport från 2015) och det görs inte med den omfattning och kontinuitet så som tänkt enligt bl.a. nu gällande RUP. Det framkommer även under intervjuerna att nämnderna ännu inte har landat i hur uppföljningen är tänkt att genomföras. Vi konstaterar att lärandet och bedömningen av nuvarande RUP:ens förtjänster och brister har inte skett på ett tydligt och samlat sätt. En sådan analys bedömer vi skulle stärka förarbetet med den nya RUS:en som är under framtagande. Det saknas därmed en tydlig systematik, och uppföljningen är, inom denna granskning, det område där det enligt vår bedömning råder störst oklarheter.

Vi kan se tendenser till en ökad systematik i och med att verksamhetsuppföljning numera ingår i den ordinarie rapporteringen, dvs. inkluderas i delårs- och årsrapportering. I och med att samtliga nämnder numera antar en egen årsredovisning förtydligas uppföljningen av respektive sakområde. Vi ser ett behov av att förtydliga ansvaret kring uppföljningen mellan regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden.

Avslutningsvis ser vi positivt på regionens samarbete med RegLab och kommande användning av BRP+ för att följa den regionala utvecklingen. Vi noterar dock att BRP+

inte är tänkt som ett renodlat uppföljningssystem utan snarare för att kunna fånga en helhet och mäta livskvalitet. Utifrån denna iakttagelse behöver regionen således fortfarande utveckla den egna uppföljningen. Uppföljningen bör både fånga utvecklingen i regionen och de insatser som Region Östergötland gör och resultaten av dessa i möjligaste mån.

3. Revisionell bedömning

Utifrån genomförd granskning lämnas följande revisionella bedömning:

Utifrån genomförd granskning är vår revisionella bedömning att regionstyrelsen och regionutvecklingsnämnden inte bedriver ett helt ändamålsenligt arbete utifrån det regionala utvecklingsansvaret.

Den revisionella bedömningen har sin grund i bedömningen av granskningens fem kontrollmål vilka konstaterar att regionen har ett relevant nuvarande regionalt utvecklingsprogram samt att regionen även i huvudsak har en relevant planering för framtagande av ny regional utvecklingsstrategi. Regionen har arbetat mycket med processen att ta fram en ny strategi och ett stort fokus har legat på förankringsarbete bland berörda aktörer. Störst brister återfinns inom systematisk uppföljning och utvärdering, där regionen ännu inte landat i hur uppföljning ska genomföras.

3.1 Rekommendationer

Granskningen mynnar ut i följande rekommendationer:

- Förtydliga ansvaret för uppföljning och utvärdering av det regionala utvecklingsarbetet för att säkerställa att systematisk uppföljning görs inom regionen.

2019-10-16
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen

För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjuk-
vårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

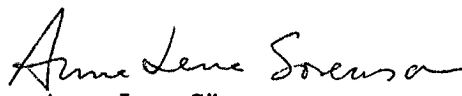
Granskning intern kontroll inom löne- och kundfaktureringsprocess - REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av om regionstyrelsen interna kontroll inom löne- och kundfaktureringsprocess är tillräcklig.

Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning avseende löneprocessen är att styrelsens interna kontroll är tillfredsställande. Granskningen visar att dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner finns. Bedömningen är att riktlinjer följs och att ändamålsenliga kontroller i allt väsentligt genomförs. Vissa brister har noterats och åtgärder föreslås för att ytterligare stärka den interna kontrollen.
- Vår samlade bedömning gällande kundfaktureringsprocessen är att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig. Dokumenterade rutiner finns i allt väsentligt men kännedom om dessa behöver stärkas och lokala riktlinjer sammanställas. Granskningen redovisar brister i rutiner för och kontroller av att alla utförda tjänster faktureras. Rutiner och kontroller behöver stärkas och säkerställas.


Anders Senestad
Ordförande


Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Intern kontroll inom löne- och kundfaktureringsprocess

Region Östergötland

*Projektledare
Karin Jäderbrink*

*Projektmedarbetare
Martin Westholm och Karin Gustafsson*



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och Revisionsfrågor	4
1.3 Revisionskriterier	4
1.4 Kontrollmål	5
1.5 Avgränsning och metod	5
2. Löneprocess	6
2.1 Finns dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner för lönehantering?	6
2.2 Följs dessa och finns ändamålsenliga inbyggda kontroller?	6
3. Extern kundfakturering	11
3.1 Finns dokumenterade riktlinjer och anvisningar kring hantering av externa kundfakturor?	11
3.2 Följs dessa och finns ändamålsenliga kontroller?	12
4. Revisionell bedömning	15

Sammanfattning

Region Östergötlands revisorer har utifrån väsentlighet och risk funnit det relevant att granska den interna kontrollen inom löneprocess och kundfakturerings. PwC har fått i uppdrag att genomföra granskningen och syftet är att bedöma om den interna kontrollen inom löneprocess och kundfakturerings är tillräcklig.

Revisionsfrågorna har varit följande:

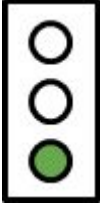
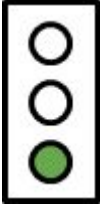
- **Är styrelsens interna kontroll avseende hantering och rapportering av löner tillfredsställande?**
- **Är den interna kontrollen i extern kundfakturerings tillräcklig?**

Utifrån genomförd granskning är vår revisionella bedömning att **regionstyrelsens interna kontroll avseende hantering och rapportering av löner i allt väsentligt är tillfredsställande.**

Den sammanvägda revisionella bedömningen är att **den interna kontrollen avseende extern kundfakturerings inte är helt tillräcklig.** Dokumenterade rutiner finns i allt väsentligt men kännedom om dessa och lokala riktlinjer i enlighet med intern kontrollplan för faktureringsystem och rutiner behöver stärkas.

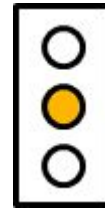
Rutiner för och kontroller av att alla utförda tjänster faktureras behöver stärkas och säkerställas.

Den revisionella bedömningen har sin grund i bedömningen av granskningens kontrollmål enligt nedan.

Kontrollmål	Kommentar	
Finns dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner för lönehantering?	Uppfyllt Dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner samt instruktioner för intern kontroll finns.	
Följs dessa och finns ändamålsenliga inbyggda kontroller?	Uppfyllt Ändamålsenliga kontroller finns och riktlinjer följs. Dock med undantag vad gäller utanordning av löner där vi identifierat brister i det formella godkännandet av löneutbetalning.	

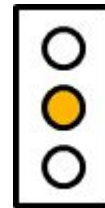
Finns dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner kring hantering av **externa kundfakturor**?

Delvis uppfyllt
Dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner finns i allt väsentligt. Samlade lokala riktlinjer i enlighet med intern kontrollplan för faktureringsystem finns ej. Kännedom om riktlinjer, processer och rutiner kan stärkas.



Följs dessa och finns och ändamålsenliga kontroller?

Delvis uppfyllt
Granskningen och stickproven visar att riktlinjer, processer i allt väsentligt följs. Kontroller finns och genomförs men rutiner, kontroller och uppföljning av att alla utförda tjänster faktureras behöver stärkas.



Rekommendationer

För granskade processer lämnas följande rekommendationer för att stärka den interna kontrollen:

- Tilldelning av behörighet till lönesystemet Heroma bör alltid föregås av ett formellt och spårbart godkännande från ansvarig chef. Detta är i nuläget inte alltid dokumenterat.
- Införande av systemmässigt tvingande attest innan utbetalning, alternativt löpande uppföljning av att samtliga utanordningslistor atteras i nära anslutning till utbetalning
- Riktlinjer för arbetet med analys av löner behöver fastställas, Det bör i dessa framgå med vilken frekvens en mer övergripande analys skall göras samt även hur ofta en mer detaljerad analys är motiverad.
- Säkerställ rutiner för och kontroller samt uppföljning av att alla utförda tjänster faktureras.
- Sammanställ riktlinjer och se till att lokala rutiner finns upprättade i enlighet med antagen mall för faktureringsystem och rutiner på produktionsenhetsnivå.
- Kompetensutveckla för att stärka kännedom om riktlinjer, processer och rutiner inom området.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Att processer, system och rutiner fungerar är en förutsättning för en rättvisande redovisning och finansiell rapportering. Ett flertal av dessa system, rutiner och processer kräver därmed granskning kontinuerligt.

Personalkostnaderna står för en väsentlig del av regionens externa kostnader. Bristande rutiner och kontroller gällande personalkostnader kan få både stora ekonomiska och förtroendemässiga konsekvenser. Att löneprocessen är korrekt och att den interna kontrollen är tillräcklig är därför väsentligt. Lönehanteringsprocessen innehåller både manuell hantering och automatiserad hantering i system. Inom de granskade produktionsenheterna Sinnescentrum (SC), Hjärt- och medicincentrum (HMC) respektive Centrum för kirurgi och cancervård CKOC) utgör personalkostnaderna en stor andel av enheternas kostnader.

I Region Östergötlands egna interna kontroll av vissa löneutbetalningar år 2018 noterades behov av att uppdatera rutiner och processkartor samt säkerställa följsamhet.

Regionen tillhandahåller tjänster och produkter till privatpersoner, kommuner, andra regioner och företag för vilka man fakturerar betydande belopp årligen. Det handlar om vårdtjänster, hyror, skolverksamhet, sjukvårdsmaterial, transporter mm. Väl fungerande system och rutiner är således viktigt för att säkerställa en tillförlitlig fakturering. Inom Region Östergötland är det produktionsenheterna Sinnescentrum, Hjärt- och medicincentrum samt Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård som redovisar störst försäljning av sjukvård externt. För 2018 redovisar SC 389 mnkr, HMC 258 mnkr respektive CKOC 264 mnkr.

Regionstyrelsen bär ansvaret för den interna kontrollen och har till uppgift att utforma ändamålsenliga regler och rutiner inom ovanstående områden och skall säkerställa att dessa efterlevs. Inom Region Östergötland hanterar Centrum för verksamhetsstöd och utveckling (CVU) den centrala löne- och kundfaktureringsprocessen. Underlag för lön och faktureringsuppgifter registreras inom olika delar av organisationen.

Revisorerna har utifrån sin riskbedömning funnit det relevant att granska den interna kontrollen gällande löner och kundfakturering.

Två förtroendevalda revisorer, Christian Nordin Olsson och Bror Tommy Sturk, har följt granskningen.

1.2 Syfte och Revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om den interna kontrollen inom löneprocess och kundfakturering är tillräcklig. Revisionsfrågorna är följande:

- Är styrelsens interna kontroll avseende hantering och rapportering av löner tillfredsställande?
- Är den interna kontrollen i extern kundfakturering tillräcklig?

1.3 Revisionskriterier

De revisionskriterier som använts är regionens attestordning samt interna riktlinjer, processer och rutinbeskrivningar för löneprocess och kundfaktureringsprocess.

1.4 Kontrollmål

Löneprocess:

- Finns dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner för lönehantering?
- Följs dessa och finns ändamålsenliga inbyggda kontroller?

Följande delar har analyserats:

- Finns en ändamålsenlig rutin för tilldelning, ändring och borttagning av behörighet till lönesystemet?
- Är tidrapporter och frånvarorapportering attesterade av behörig person?
- Hanteras resultat från preliminär och definitiv körning på rätt sätt och i rätt tid?
- Är löneutbetalning attesterad av behörig person och sker tillräcklig kontroll vid attest?
- Sker överföring från lönesystem till ekonomisystem fullständigt och riktigt?
- Analyseras lönekostnader och tillhörande kostnader regelbundet?

Faktureringsprocess:

- Finns dokumenterade riktlinjer och anvisningar kring hantering av externa kundfaktureror?
- Följs dessa och finns kontroller som säkerställer:
 - Säkerställs att alla utförda tjänster/produkter faktureras?
 - Att fakturering baseras på överenskomna villkor?
 - Att upprättade faktureror överensstämmer med underlag?
 - Att fakturering sker utan dröjsmål?
 - Finns en fungerande betalningsbevakning och rutin?

1.5 Avgränsning och metod

Granskningen har avgränsats till kontrollmålen, regionstyrelsen samt till produktionsenheterna SC, HMC samt CKOC. Lönetransaktioner under perioden maj 2018-april 2019 har granskats.

Granskningen omfattar extern kundfakturering gällande försäljning av sjukvård där betydande belopp faktureras perioden januari 2018 till och med maj 2019.

Granskningen har genomförts genom analys och genomgång av styrande dokument och processdokumentation.

Intervjuer har genomförts med tjänstepersoner inom regionen, totalt 20 intervjuer. För löneprocessen har verksamhetschef för verksamhetsområde HR inom CVU, enhetschef för Löneservice, ett löneteam inom CVU med ansvar för utvalda produktionsenheter samt systemansvarig/förvaltare för personalsystemet Heroma intervjuats. Intervjuer har också skett med företrädare med ansvar för löneprocess och dess underlag i utvalda produktionsenheter.

Granskning och testning av kontrollmiljön avseende processen för löneutbetalning har genomförts genom registeranalys. Transaktioner på detaljnivå från lönesystem har då analyserats och följts upp.

För kundfakturering har företrädare för ekonomiservice inom CVU med ansvar för extern kundfakturering samt företrädare för utvalda produktionsenheter med ansvar för kundfakturering och dess underlag intervjuats.

Ett utkast till revisionsrapport har översänts till de intervjuade för sakavstämning.

2. Löneprocess

Vi redovisar i detta avsnitt den granskning avseende **löneprocessen** som genomförts för respektive kontrollmål, vad gäller hur kontrollen ska fungera samt resultatet av vår verifiering av utförandet av respektive kontrollmoment. Vi har utfört vår granskning utifrån regionens egna rutinbeskrivningar och ramverk för intern kontroll samt generell best practise vad gäller intern kontroll i lönehantering.

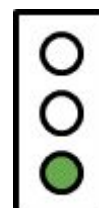
2.1 Finns dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner för lönehantering?

Löneprocessen inom Region Östergötland innefattar rutiner på såväl CVU (Centrum för Verksamhetsstöd och Utveckling) som ute i verksamheterna. Processen och de olika momenten i löneprocessen finns tydligt beskrivna på intranätet i form av flödesscheman med tillhörande beskrivande text inklusive ansvarsfördelning. Till detta finns även mer detaljerade rutinbeskrivningar för utvalda rutiner i processen.

Utöver flödesscheman finns även ett dokument som beskriver den interna kontrollen i löneprocessen, ett anpassat dokument för respektive produktionsenhet med tydliga roller och ansvar för respektive kontrollmoment i processen. Detta finns framtaget och uppdaterat för de produktionsenheter som omfattats av vår granskning, enligt de dokumentstudier vi genomfört.

Bedömning

Med grund i ovanstående är vår bedömning att det finns dokumenterade riktlinjer, processer och rutiner för lönehanteringen.



2.2 Följs dessa och finns ändamålsenliga inbyggda kontroller?

Nedan redovisas resultatet för de delar som analyserats för att bedöma ovanstående kontrollmål.

Finns en ändamålsenlig rutin för tilldelning, ändring och borttag av behörighet till lönesystemet?

Region Östergötland har en central avdelning för verksamhetsstöd och utveckling (CVU), i vilken löneavdelningen ingår. En grupp inom löneavdelningen består av systemförvaltare. Dessa ansvarar för tillägg, ändring samt borttag av användare i lönesystemet (Heroma) som baseras på behörighetsbeställningar från IT-samordnare eller så kallade IT-resurspersoner ute på produktionsenheterna. Behörighet för anställda på löneavdelningen beställs av ansvarig chef. Behörighetsansökan skickas in via behörighetsbeställningssystem (BBS) och systemförvaltare kontrollerar innan upplägg att personen ska ha den behörighet som beställts, att till exempel chefsförordnande finns.

Specifik behörighet ges till de som har rollen huvudattestant samt utanordnare, som godkänner och slutattesterar utanordningslistor för lön varje månad. Denna behörighet ges av ekonom på respektive produktionsenhet.

Ändring samt avslut av behörighet sker genom IT-portalen, av ansvarig chef eller IT-samordnare. I syfte att säkerställa korrekt behörighetstilldelning genomförs en periodisk genomgång av behörigheterna i Heroma, genom utskick av behörighetslistor till ansvarig chef för verifiering.

Granskning av rutinen har skett genom uttag av alla nyupplagda användare under 2018/2019 och verifiering av att behörighetsbeställning finns som motsvarar nuvarande behörighet. Verifiering har även skett av att tilldelning och ändring av behörighet följt den rutinbeskrivning som finns och att rutinen innebär god intern kontroll gällande behörighetsadministrationen.

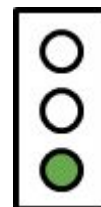
Vår kontroll visar att behörighetsbeställningar för nyupplagda samt ändrade användare hanteras via BBS enligt den rutin som gäller enligt kontrollbeskrivningen ovan. Inga avvikelser har noterats gällande upplägg och ändring av användare.

En iakttagelse gällande kontrollrutinens utformning är att det inte krävs ett formellt godkännande av ansvarig chef i samband med behörighetsbeställning i systemet från produktionsenheterna. Detta är en brist då det är en uppgift som ej kan delegeras vidare enligt dokumentet "Internkontroll för personaladministrativa rutiner".

Bedömning

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns en ändamålsenlig rutin för tilldelning, borttag och ändring av behörigheter till lönesystem.

Vi rekommenderar att tilldelning av behörighet alltid föregås av ett formellt och spårbart godkännande från ansvarig chef, vilket idag inte alltid finns dokumenterat.



Är tidrapporter och frånvarorapportering attesterade av behörig person?

Tidrapportering och eventuell frånvarorapportering sker ute på respektive produktionsenhet. En administratör på enheten lägger upp ett grundschema för alla anställda, vilket motsvarar den anställdes grundvillkor. All avvikelse från schemat skall rapporteras, vilket i huvudsak sker av den anställda själv, automatiskt genom stämpningsverktyget eller genom egen rapportering i självserviceportalen. Ansvarig chef måste sedan attestera alla avvikelser från grundschemat i Heroma, innan det går vidare i systemet och påverkar lönehanteringen.

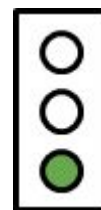
Reseräkningar och utlägg hanteras genom pappersblanketter som fylls i av den anställda och tillsammans med kvitton och underlag lämnas till ansvarig chef för attest. Dessa ska sedan attesteras av såväl ansvarig chef som verksamhetschef innan det går vidare till löneavdelningen för kontroll av underlag samt registrering i lönesystemet.

Vår kontroll av avvikelserapportering har skett genom verifiering av automatisk kontroll i Heroma. All avvikelserapportering kräver en attest innan den går vidare i systemet. Kontroll av hanteringen av reseräkningar och utlägg har skett genom stickprov av att inskickade underlag 2019 är godkända samt attesterade enligt rutin för intern kontroll.

Kontrollen gällande reseräkningar och utlägg visar att underlagen är kontrollerade av löneteam och att två personer attesterat. En iakttagelse är att löneteamet ej kontrollerar att personerna som attesterat har behörighet att göra det.

Bedömning

Vi bedömer att tidrapporter och frånvarorapporter är attesterade av behörig person. Vi rekommenderar dock att löneteamet kontrollerar att personerna som attesterat underlaget för reseräkningar samt utlägg har behörighet till detta.



Hanteras resultat från preliminär och definitiv körning på rätt sätt och i rätt tid?

Efter att den preliminära lönekörningen genomförts av CGI (leverantör av Heroma) får systemförvaltarna för Heroma ut listor med signaler på eventuella fel ("varningslistor"). Dessa listor innehåller bland annat konteringsfel som ska korrigeras innan den definitiva lönekörningen görs.

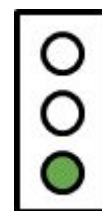
När den definitiva körningen genomförts får systemförvaltarna återigen en systemgenererad varningslista från CGI. Denna lista granskas på samma sätt som ovan. Det som är med på denna lista är det som ej justerats från den första listan samt eventuellt tillkommande korrigeringar.

Löneteamen tar också ut systemgenererade listor, innehållande potentiella fel, efter lönekörning. Dessa listor går översiktligt igenom av det löneteamb som har ansvaret för respektive produktionsenhet och nödvändiga korrigeringar genomförs.

Kontroll har skett av underlag och signallistor från lönekörningar genomförda under 2019. Vi har granskat att de är hanterade, signerade och arkiverade enligt rutinbeskrivning.

Bedömning

Vår bedömning är att resultat från preliminär och definitiv körning i allt väsentligt hanteras på rätt sätt och i rätt tid. Kontrollen bedöms utföras enligt rutinbeskrivning.



Är löneutbetalning attesterad av behörig person och sker tillräcklig kontroll vid attest?

Efter respektive lönekörning (preliminär och definitiv) skapar systemförvaltarna utanordningslistor som skickas ut till respektive huvudattestant. Den första utanordningslistan (efter den preliminära lönekörningen) ska ej signeras, men kontrolleras. Efter definitivkörningen skickas påminnelse ut via mail om att listan ska signeras.

Efter huvudattestantens godkännande i systemet skickas listan vidare till utanordnaren som också ska signera. Även om listan inte har signerats kommer lönen att betalas ut då kontrollen inte är tvingande i systemet.

CGI skapar lönefilen som skickas till bank för utbetalning. Systemförvaltarna får ett mail från CGI med den totala summan som ska utbetalas samt det totala antalet lönespecifikationer. Systemförvaltare kontrollerar att denna lista stämmer överens med informationen i det mottagna mailet och banklistan skickas sedan iväg.

Vid årlig lönerevision ansvarar chef för att rätt lön är registrerad i Heroma för sina medarbetare. Detta sker i Heroma vilket chefen endast kommer åt om denne har behörighet till det.

Verifiering har skett av att chef inte attesterad/utanordnat sin egen lön i enlighet med intern kontrollplan samt att utanordningslistor från tidigare månader ej ligger kvar oattesterade i systemet (Heroma). Kontrollen har testats genom utdrag från Heroma som visar på oattesterade utanordningslistor i systemet för respektive produktionsenhet.

Kontrollen visar att det finns flera utanordningslistor oattesterade i Heroma för samtliga tre produktionsenheter i urvalet. Det är HMC och SC som har flest oattesterade utanordningslistor i systemet, där ett flertal avdelningar har mer än en utanordningslista som ligger oattesterad under 2019.

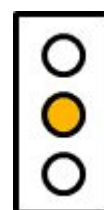
Verifiering har även skett av signerade listor från lönerevision 2019 och att löneteamen har kontrollerat rimligheten i ny lön. Kontrollen visar att löneteamet kontrollerat signallistor och gör notering om att detta är genomfört. Vi noterar att kontrollen utförts enligt rutinbeskrivning.

Bedömning

Kontrollmålet bedöms vara delvis uppfyllt.

Bedömningen baseras på att flera av utanordningslistorna är oattesterade i systemet och att det därmed ej kan verifieras att ansvarig chef godkänt utbetalning av lön.

Vi rekommenderar att införa systemmässigt tvingande attest innan utbetalning möjliggörs, alternativt löpande uppföljning av att samtliga utanordningslistor attesteras i nära anslutning till utbetalning.



Sker överföring från lönesystem till ekonomisystem fullständigt och riktigt?

CVU läser in fil från lönesystem till ekonomisystem. Om filen innehåller fel kan inläsningen stoppas då rättning måste ske innan inläsningen kan slutföras. Rättningar görs i filen om produktionsenheterna exempelvis använt fel konton.

Efter varje definitiv körning gör respektive löneteamb inom CVU en avstämning genom att kontrollera vissa konton i Heroma mot huvudboken (exempelvis löneskuld, reseförskott och lönefordran), med hjälp av en avstämningsfil som skapas vid inläsning. När detta är kontrollerat skickas en bokslutsspecifikation till ekonomiansvarig för respektive enhet.

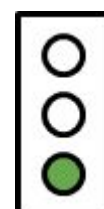
Verifiering har skett av att kontroll skett mot avstämningsfil efter inläsning av lönefil från personalsystem till ekonomisystem, månadsvis under 2019.

Vi har även kontrollerat att de uppgifter i lönesystemet som ligger till grund för löneutbetalning stämmer överens med de uppgifter som lästs över i ekonomisystemet.

Vi noterar att testade kontrollmoment utförs som avsett.

Bedömning

Vi bedömer att överföring från lönesystem till ekonomisystem i allt väsentligt sker fullständigt och riktigt. Bedömningen motiveras med att kontrollen genomförs enligt rutin.



Analyseras lönekostnader och tillhörande kostnader regelbundet?

Uppföljning av lönekostnader och tillhörande kostnader som sociala avgifter och pensionskostnader utförs på respektive produktionsenhet, av controllers samt ekonomer.

Uppföljningen utförs månadsvis och utgår från en avstämning av utfall mot budgeterade lönekostnader i syfte att identifiera större avvikelser. Inför delårsrapporterna i april, augusti och december genomför även controllers en mer detaljerad uppföljning av lönekostnader på individnivå för flertalet kliniker inom produktionsenheterna. Detta för att identifiera eventuella avvikelser mot budget.

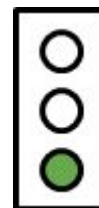
Om avvikelser identifieras gör ekonom eller motsvarande en vidare utredning av orsak genom efterforskning i systemet eller vidarebefordran till ansvarig chef.

Kontroll av att månatlig analys av lönekostnader genomförts enligt fastställda rutiner har skett genom inhämtande av underlag från analyser. Vår granskning genom intervju samt inspektion av analysunderlag visar på att ändamålsenliga analyser av lönekostnader utförs på respektive produktionsenhet. Vi noterar dock att det saknas riktlinjer för vilken uppföljning som skall utföras samt frekvensen på denna.

Bedömning

Vi bedömer att lönekostnader och tillhörande kostnader i allt väsentligt analyseras regelbundet.

Vi rekommenderar att riktlinjer för löneanalysernas omfattning tas fram, där det framgår med vilken frekvens en mer övergripande analys skall göras samt även hur ofta en mer detaljerad analys är motiverad.



3. Extern kundfakturerering

Vi redovisar i detta avsnitt den granskning avseende **extern kundfaktureringsprocess** som genomförts för respektive kontrollmål.

3.1 Finns dokumenterade riktlinjer och anvisningar kring hantering av externa kundfaktureror?

Inom Region Östergötland finns processbeskrivningar, riktlinjer, faktureringsystem och rutiner för att ta betalt och säkerställa att regionen får in pengar för tjänster som utförts och ska debiteras. Tjänster som debiteras är bland annat vårdtjänster. Denna granskning omfattar extern kundfakturering till andra län (så kallad utomlänsvård).

Inom regionen finns ett flertal system som skapar fakturafilmer till ekonomisystem och ett exempel på detta är Cosmic.

Underlag till fakturor skapas i regionens olika verksamheter men det är CVU som administrerar regionens kundfakturering och dess kundreskontra.

I samband med granskningen har vi tagit del av ett antal dokumenterade riktlinjer såsom processbeskrivningar, processkartor med ansvar och roller på intranätet. Exempel på dessa är Faktureringsöversikt med instruktioner, Kassafunktion och registrering av beställarprodukt i Cosmic samt Rutin för att lägga in medlemskap via patientkort i Cosmic. Vi har också tagit del av produktionsenheternas dokumenterade underlag för intern kontroll, "Faktureringsystem och rutiner". I dessa framgår ansvar och roller för kundfakturering generellt, hanteringen inom Ekonomiservice CVU samt inom produktionsenheterna.

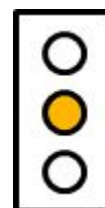
I "Faktureringsystem och rutiner" framgår också vad faktureringsunderlag skall innehålla, hur manuella underlag skall hanteras, faktureringsunderlag via fil och försystem samt excellafil. Vilka kontroller som görs och ansvarig för detta redovisas. Produktionsenheterna ansvarar för att fakturera snarast möjligt samt att lokala riktlinjer finns upprättade och samlade. Krav finns på hänvisning till var lokala rutiner finns dokumenterade. Produktionsenheternas "Fakturerings-system och rutiner" har liknande innehåll och följer antagen mall.

Anvisningar finns även för DRG-gruppering (DRG=Diagnosrelaterade grupper) och för hur detta ska registreras i Cosmic. Vårdtjänstens intäkt styrs av DRG-gruppering och kod som sätts för respektive vårdtjänst.

De intervjuade beskriver att rutiner och processer finns men ett visst behov finns av att samla och säkerställa att gemensamma och lokala riktlinjer finns på produktionsenheterna. Ett fortsatt arbete med att sprida information och kunskap samt utbildning anges krävas till följd av personalomsättning. Kännedom om rutiner i organisationen anges kunna förbättras.

Bedömning

Vi bedömer att dokumenterade riktlinjer och anvisningar finns i allt väsentligt men att lokala riktlinjer i enlighet med intern kontrollplan för faktureringsystem och rutiner behöver samlas och stärkas. Kännedom om rutiner i organisationen bedöms kunna förbättras.



3.2 Följs dessa och finns ändamålsenliga kontroller?

Nedan redovisas resultatet för de delar som analyserats för att bedöma ovanstående kontrollmål.

Säkerställs att alla utförda tjänster/produkter faktureras?

De intervjuade redovisar att produktionsenheterna har haft vissa problem med att vårdtjänster som är utomlänsvård och skall faktureras ej har blivit DRG-satta i tid. Vårdtjänstens intäkt styrs av den DRG-kod som sätts för respektive vårdtjänst och har DRG-sättning ej genomförts sker ej heller någon fakturering. Därmed finns risk för att intäkter för utförda vårdtjänster ej tillfaller regionen. Orsaker anges bland annat vara försenad handläggning, felaktig hantering i system samt att remiss och betalningsförbindelse ej finns vid start av behandling.

Enligt nationell överenskommelse (Riksavtal för utomlänsvård från 2015) mellan regioner via SKL gäller att vårdregionens rätt till ersättning har förfallit om tjänsten inte har fakturerats inom sex månader efter att vårdtjänsten avslutades.

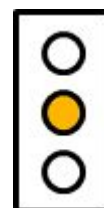
De intervjuade redovisar att det numera finns en rapport i ekonomiportalen REBUS där det är möjligt att analysera och ta fram de produktionsenheter, kliniker och avdelningar som har vårdtjänster som ej är DRG-satta av äldre karaktär. De intervjuade på produktionsenheterna anger också att rutiner håller på att skapas för att möjliggöra en mer kontinuerlig uppföljning. Rutiner för att säkerställa att alla utförda tjänster faktureras anges kunna stärkas.

I samband med granskningen har vi tagit del av sammanställningar från samtliga i granskningen utvalda produktionsenheter gällande vårdkontakter som är äldre än sex månader och ej är DRG-satta. Vi kan konstatera att det skett en ökning för samtliga enheter mellan åren 2018 och 2019 till och med juli månad.

Ekonomisk uppföljning av bland annat intäkter sker av produktionsenheterna månatligen. De intervjuade redovisar att extra uppföljning sker av "kostnadsytterfall".

Bedömning

Vår bedömning är att det delvis säkerställs att alla utförda tjänster och produkter faktureras. Rutiner för och kontroller av att alla utförda tjänster faktureras behöver stärkas och säkerställas.



Sker fakturering enligt överenskomna villkor, överensstämmande med underlag och utan dröjsmål?

Stickprov har genomförts för att verifiera följande delar:

- Baseras fakturering på överenskomna villkor?
- Överensstämmer upprättade fakturor med underlag?
- Sker fakturering utan dröjsmål?

Kontroll och stickprov har genomförts av regionens externa kundfakturor skickade under perioden januari 2018 till och med maj 2019 för externa vårdtjänster. Urvalet har avsett samtliga i granskningen utvalda produktionsenheter, fasta och rörliga vårdtjänster inom Sydöstra sjukvårdsregionen samt rörliga tjänster till övriga regioner i landet. Urvalet har även tagit hänsyn

till stora belopp, antal fakturor per enhet samt ett urval av olika kliniker inom varje produktionsenhet.

All fakturering som sker gällande vårdtjänster skall underbyggas av eventuella avtal, överenskommelser eller antagna prislistor. Exempel på dessa är Samverkansavtal för Sydöstra sjukvårdsregionen, riksprislistan, kostnad per patient (snitt på tre år).

Registrering av överenskomna prisnivåer och överenskommelser för externa vårdtjänster i försystem sker av systemförvaltare inom CVU årligen. Underlag erhålls från ledningsstaben.

I vår kontroll av skickade externa kundfakturor kan noteras att flertalet i urvalet har fakturerats *enligt överenskomna villkor*. Inga avvikelser har noterats bland erhållna stickprov.

Som underlag till fakturering från försystem skapas försäljningsunderlag som överförs till kundreskontra och ekonomisystem. Kontroll har skett *huruvida utvalda fakturor överensstämmer med dessa försäljningsunderlag*. Vi kan konstatera att erhållna försäljningsunderlag överensstämmer med slutlig faktura. Ingen justering har skett mellan system.

Kontroll har skett avseende *huruvida fakturering har skett utan dröjsmål*. Enligt rutin skall fakturering ske skyndsamt efter avslutad vårdtjänst. Gällande överenskommelse med Region Kalmar län och Region Jönköping skall dessa vårdtjänster faktureras månatligen. I erhållet underlag noteras inga avvikelser. Fakturering bedöms ha skett utan dröjsmål.

Bedömning

Utifrån genomfört stickprov är vår bedömning att fakturering baseras på överenskomna villkor samt överensstämmer med försäljningsunderlag. Fakturering bedöms även ha skett inom rimlig tid och utan dröjsmål.



Finns en fungerande betalningsbevakning och rutin?

Riktlinje och anvisning för fordringshantering finns och är godkänd av redovisnings- och finanschef. Senaste versionen är giltig från 2017-10-16. Den beskriver processen för fordringshantering och olika rollers och funktioners ansvar från att fordran uppstår tills den är betald och vad som händer om regionen inte får betalt.

I riktlinjen framgår bland annat när fordran uppstår, formella krav på kundfakturan, faktureringsrutin och hantering i balansräkningen samt hantering av obetalda fakturor. Det framgår att CVU bevakar obetalda fakturor och skickar en första påminnelse till externa företag och anställda. Övriga fordringar skickas direkt till inkassoföretaget som regionen har upphandlat och har avtal med. En fil med fakturainformation över ej betalda fordringar skickas veckovis till inkassoföretaget.

Inkassoföretag bevakar samtliga fakturor och tar kontakt med CVU vid specifika frågor och CVU tar vid behov kontakt med ekonomichefer. Ansvaret för eventuella nedskrivningar ligger på de enskilda produktionsenheterna. Dessa ska godkännas och undertecknas av produktionsenhetschef.

I riktlinjen framgår flödesschema med ansvar och roller mellan ekonomichef, CVU, ledningsstaben samt vad som ska beslutas hos produktionsenhetschef respektive regionstyrelsen.

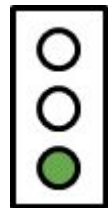
I produktionsenheternas "Faktureringsystem och rutiner" för intern kontroll framgår ansvar och roller gällande påminnelser, inkasso samt eventuella krediteringar av felaktiga kundfordringar.

I regionstyrelsens intern kontrollplan för 2018 ingick som ett delområde en granskning av fordringshanteringen. Granskningen genomfördes av CVU i syftet att bedöma om befintliga riktlinjer och anvisningar kring fordringshantering efterlevs, om processen fungerade tillfredsställande eller om det fanns behov av förändringar. Resultatet som redovisades var att fordringsprocessen i stort fungerade tillfredsställande men det fanns några brister. Dessa var behov av förtydliganden kring ansvar, tydligare beskrivningar för när beslut tas om nedskrivning samt behov av informationsinsatser. Åtgärder för detta framgår i CVU:s granskning. Uppföljning kommer att ske av åtgärder enligt styrelsens antagna intern kontrollplan för 2019.

De intervjuade beskriver att rutiner finns och att betalningsbevakningen i allt väsentligt fungerar väl. Ett fortsatt arbete med informationsinsatser gällande riktlinjer samt ansvar och roller anges dock vara viktigt med anledning av ny personal.

Bedömning

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns en fungerande betalningsbevakning och att ändamålsenliga rutiner finns. Kontroll av följsamhet till riktlinjer är nyligen genomförd av regionstyrelsen. Uppföljning av åtgärder skall ske under 2019.



4. Revisionell bedömning

Utifrån genomförd granskning är vår revisionella bedömning att **regionstyrelsens interna kontroll avseende hantering och rapportering av löner i allt väsentligt är tillfredsställande**.

Den sammanvägda revisionella bedömningen avseende kundfaktureringsrutiner är att **den interna kontrollen avseende extern kundfaktureringsrutiner inte är helt tillräcklig**. Dokumenterade rutiner finns i allt väsentligt men kännedom om dessa och lokala riktlinjer i enlighet med intern kontrollplan för faktureringsrutiner och rutiner behöver stärkas.

Rutiner för och kontroller av att alla utförda tjänster faktureras behöver stärkas och säkerställas.

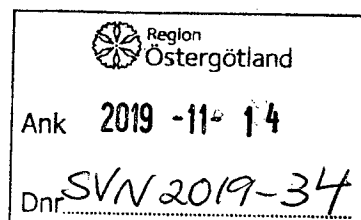
Rekommendationer

För processen kring **lönehantering** lämnas följande rekommendationer för att stärka den interna kontrollen:

- Tilldelning av behörighet till Heroma bör alltid föregås av ett formellt och spårbart godkännande från ansvarig chef. Detta är i nuläget inte alltid dokumenterat.
- Införande av systemmässigt tvingande attest innan utbetalning, alternativt löpande uppföljning av att samtliga utanordningslistor atteras i nära anslutning till utbetalning.
- Riktlinjer för arbetet med analys av löner behöver fastställas. Det bör framgå med vilken frekvens en mer övergripande analys skall göras samt även hur ofta en mer detaljerad analys är motiverad.

För processen kring **extern kundfaktureringsrutiner** lämnas följande rekommendationer för att stärka den interna kontrollen:

- Rutiner för och kontroller av att alla utförda tjänster faktureras behöver stärkas och säkerställas.
- Sammanställ riktlinjer och se till att lokala rutiner finns upprättade i enlighet med antagen mall för faktureringsrutiner och rutiner på produktionsenhetnivå.
- Kompetensutveckla för att stärka kännedom om riktlinjer, processer och rutiner inom området.



Regionfullmäktige

För beaktande till

Regionstyrelsen

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Trafik- och samhällsplaneringsnämnden

Regionutvecklingsnämnden

För kännedom till

Patientnämnden

Samverkansnämnden för sydöstra

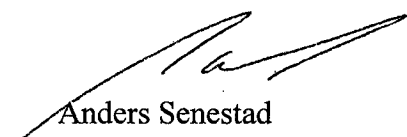
sjukvårdsregionen

samt i övrigt enligt bifogad sändlista

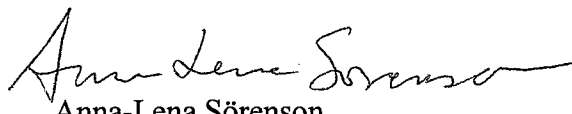
GRANSKNING AV DELÅRSRAPPORT 08 2019

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att granska regionens delårsrapport 08 2019. Revisorerna har beslutat att göra följande bedömning:

- Räkenskaperna avviker från lagar och rekommendationer vad gäller redovisning av pensionsåtagandet. Avvikelsen avseende pensionsåtagandet uppgår till 6 977 mnkr. Delårsrapporten överensstämmer med regionens styrmodell och är kopplad till regionfullmäktiges strategiska plan med treårsbudget. Vi bedömer att avvikelserna därmed inte försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll.
- Fullmäktiges långsiktiga finansiella mål kommer inte att uppnås utifrån lämnad helårsprognos. Sjukvårdsenheternas samlade ekonomiska resultat enligt helårsbedömningen är negativt trots beslutade åtgärdsplaner. Det är viktigt att beslutade åtgärder för inbromsning av kostnadsutvecklingen får genomslag.
- Resultaten i delårsrapporten är delvis förenliga med fullmäktiges fastställda mål för verksamheten.



Anders Senestad
Ordförande



Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Granskning av delårsrapport 2019

Region Östergötland

Projektledare:

Matti Leskelä, certifierad kommunal yrkesrevisor

Projektmedarbetare:

Karin Jäderbrink, certifierad kommunal yrkesrevisor

Karin Gustavsson, revisionskonsult

Ulrik Hellmark, revisionskonsult



Innehållsförteckning

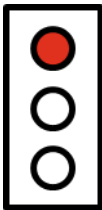
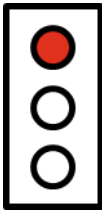
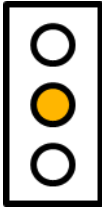
Sammanfattande bedömning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Avgränsning och metod	3
2. Iakttagelser och bedömningar	4
2.1. Lagens krav och god redovisningssed	4
2.1.1. Iakttagelser	4
2.1.2. Bedömning	6
2.2. God ekonomisk hushållning	6
2.2.1. Iakttagelser	6
2.2.2. Bedömning	8

Sammanfattande bedömning

PwC har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer översiktligt granskat regionens delårsrapport för årets första åtta månader. Uppdraget ingår som en obligatorisk del i revisionsplanen för år 2019.

Syftet med den översiktliga granskningen är att ge revisorerna ett underlag för sin bedömning av om delårsrapporten är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om det prognostiserade resultatet är förenligt med de mål som fullmäktige fastställt.

Med utgångspunkt från ställda revisionsfrågor lämnas följande sammanfattande revisionella bedömning:

Revisionsfrågor	Kommentar	
Har delårsrapporten upprättats enligt lagens krav och god redovisningssed?	Vi bedömer att delårsrapporten inte är upprättad i enlighet med lagens krav då pensionsförpliktelserna redovisats som avsättningar. I övrigt är delårsrapporten i allt väsentligt upprättad utifrån lag och god sed.	
Är resultaten i delårsrapporten förenliga med de av fullmäktige fastställda målen för god ekonomisk hushållning, d.v.s. finns förutsättningar att målen kommer att uppnås?	Vi bedömer att det prognostiserade finansiella resultatet inte är förenligt med det finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2019.	
	Vi bedömer att verksamhetsmålen prognostiserade samlade utfall delvis är förenligt med de av fullmäktige fastställda målen i budget 2019.	

I och med regionens tillämpning av fullfonderingsmodellen redovisas pensionsavsättningen till ett 6 977 mnkr för högt belopp. Detta får till följd att det egna kapitalet försvagas med motsvarande belopp. Regionen redovisar, som tidigare år, även enligt blandmodell som ett komplement till av fullmäktige beslutad fullfonderingsmodell.

Regionen är enligt den ekonomiska prognosen långt ifrån att nå det långsiktiga finansiella målet med ett resultat som uppgår till 1 procent av skatter och statsbidrag. Det prognostiserade utfallet om -350 mnkr motsvarar -2,5 procent av skatter och statsbidrag vilket är sämre än budgeterat resultat om -235 mnkr. Beslutade åtgärdsplaner inom produktionsenheterna har inte fått önskvärd effekt enligt delårsrapporten.

För verksamhetsmålen redovisas en blandad måluppfyllelse. För vissa väsentliga nyckelindikatorer saknas redovisning av utfall. Utfallet är delvis förenligt med fullmäktiges målsättningar.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Fullmäktige ska behandla minst en delårsrapport per år. I samband med fullmäktiges behandling av delårsrapporten ska även revisorerna bedöma resultatet i delårsrapporten. Delårsrapporten ska omfatta en period av minst hälften och högst två tredjedelar av räkenskapsåret och den ska innehålla en översiktlig redogörelse för utvecklingen av regionens verksamhet och resultat sedan föregående räkenskapsårs utgång.

Regionen skall formulera verksamhetsmål och finansiella mål för god ekonomisk hushållning i budgeten. Dessa mål ska sedan följas upp i delårsrapport och årsredovisning.

Revisionsobjekt är styrelsen som är ansvarig för delårsrapportens upprättande.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag för den skriftliga bedömning som skall biläggas delårsrapporten i samband med fullmäktiges behandling av densamma.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har delårsrapporten upprättats enligt lagens krav och god redovisningssed?
- Är resultaten i delårsrapporten förenliga med de av fullmäktige fastställda målen för god ekonomisk hushållning, det vill säga finns förutsättningar att målen kommer att uppnås?

1.3. Revisionskriterier

Följande kriterier används i granskningen:

- Kommunallag (KL)
- Lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR)
- Rådet för kommunal redovisnings (RKR) rekommendation R17 avseende delårsrapport
- Fullmäktiges beslut avseende god ekonomisk hushållning

1.4. Avgränsning och metod

Granskningen av delårsrapporten är översiktlig och omfattar:

- den finansiella delen av delårsrapporten per 2019-08-31,
- förvaltningsberättelsens innehåll,
- granskning av om prognostiserade helårsresultat är förenliga med finansiella och verksamhetsmässiga mål för god ekonomisk hushållning.

Granskningen utgår från Vägledning 4, Granskning av delårsrapport, utgiven av Sveriges kommunala yrkesrevisorer (SKYREV). Granskningen sker främst genom analytisk granskning och intervjuer med nyckelpersoner som är ansvariga för delårsrapportens upprättande.

Granskningen har planerats och genomförts ur ett väsentlighets- och riskperspektiv för att i rimlig grad kunna bedöma om delårsrapporten ger en rättvisande bild. Granskningen är översiktlig och omfattar att bedöma ett urval av underlagen till den information som ingår i delårsrapporten. Detta utesluter inte att andra än här framförda felaktigheter kan förekomma.

En översiktlig granskning har en annan inriktning och en betydligt mindre omfattning jämfört med den inriktning och omfattning som en revision enligt ISA (International Standards on Auditing) och god revisions sed i övrigt har.

Den granskade delårsrapporten fastställdes av regionstyrelsen 2019-10-16 och fullmäktige behandlar delårsrapporten 2019-11-20.

Två förtroendevalda revisorer, Bror-Tommy Sturk och Erik Söderberg, har följt granskningen.

Rapportens innehåll har sakgranskats av berörda tjänstepersoner.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1. Lagens krav och god redovisningssed

2.1.1. Iakttagelser

Den upprättade delårsrapporten omfattar perioden januari-augusti 2019. Det redovisade resultatet för perioden uppgår till +435 mnkr. Styrelsen har behandlat rapporten och därmed överlämnat den inom lagstadgad tid till fullmäktige.

Förvaltningsberättelse

Förvaltningsberättelsen innehåller ett avsnitt om händelser av väsentlig betydelse fram till delårsrapportens avlämnande. I detta avsnitt tas beslutad organisationsförändring, planerad skatteköning, försämrad tillgänglighet, utvecklingen avseende digitalisering samt införande av "nära vård" upp som väsentliga händelser.

Upplysningar om regionens förväntade utveckling avseende ekonomi och verksamhet utifrån god ekonomisk hushållning finns med i delårsrapporten. Måluppfyllelsen redovisas under avsnittet "God ekonomisk hushållning" i denna revisionsrapport.

En redovisning av hur den ekonomiska helårsprognosen är i förhållande till den budget som fastställts för den löpande verksamheten görs. Det prognostiserade resultatet uppgår till -350 mnkr vilket är 115 mnkr sämre än budgeterat resultat på -235 mnkr. Förhållandet mellan budget och prognos framgår av tabellen nedan. Samtliga belopp redovisas i miljoner kronor.

	<u>Budget</u>	<u>Helårsprognos</u>
Nämnder och styrelsen (exkl. produktionsenheterna)	0	12
Sjukvårdande produktionsenheter	-317	-634
Övriga produktionsenheter	72	85
Regiongemensamt (finans- och pensionsförvaltning)	10	188
Resultat	-235	-350

Som synes är det ekonomiska utfallet för de sjukvårdande produktionsenheterna sämre än budgeterat. I delårsrapporten redovisas utfallet av produktionsenheternas åtgärdsplaner. Av lämnad helårsbedömning framgår att beslutade åtgärdsplaner inte gett effekt i enlighet med målsättningen.

Samtidigt beräknas utfallet för de regiongemensamma verksamheterna och finans- och pensionsförvaltningen bli bättre än budgeterat.

En bedömning av balanskravsresultatet utifrån helårsprognosen lämnas i delårsrapporten. Årets balanskravsresultat bedöms av regionen bli negativt och uppgå till -350 mnkr. Av balanskravsavstämningen framgår att helårsbedömning av de finansiella posterna inte har gjorts. Vid styrelsens behandling av delårsrapporten sker hänvisning till synnerliga skäl för att inte återställa prognostiserat negativt resultat.

Finansiella rapporter och upplysningar

Delårsrapporten innehåller resultat- och balansräkning samt de noter som krävs enligt RKR:s rekommendation R17. Räkenskaperna omfattar periodens utfall samt jämförelsetal i enlighet med rekommendationen. Regionen upprättar även sammanställd redovisning.

En samlad och översiktlig beskrivning av regionens drift- och investeringsverksamhet finns i delårsrapporten.

Redovisningsprinciperna anges i delårsrapporten. Det framgår att utgångspunkten är att samma regler ska gälla i delårsbokslut som i årsbokslut. Det framgår också att kassaflödesrapporten ska förändras till årsredovisningen utifrån förändrad definition av likvida medel. Det framgår av redovisningsprinciperna att noterna vid ett delårsbokslut ej är lika utförliga som vid årsredovisning samt att kraven på kontospecifikationer är lägre vid ett delårsbokslut.

Säsongsvariationer som påverkat verksamheten ska framgå av delårsrapport enligt rekommendation. I delårsrapporten finns en beskrivning av hur de sjukvårdande verksamheternas resultat varierat över tid under året samt historiskt. Det finns även motsvarande upplysningar avseende utvecklingen av finansiella placeringar.

Rättvisande räkenskaper

Från 1 januari år 2019 gäller lag om kommunal bokföring och redovisning (LKBR). Vid granskningen av periodens resultat- och balansräkning för regionen har följande väsentliga avvikelser noterats:

- Förpliktelser att betala ut pensionsförmåner som intjänats före år 1998 har redovisats som avsättning. Detta är ett avsteg mot lagen. Dessa pensionsförpliktelser ska istället redovisas som ansvarsförbindelse.

Regionen redovisar, som tidigare år, även i enlighet med blandmodellen som ett komplement till den av fullmäktige beslutade fullfonderingsmodellen med hela pensionsskulden redovisad som en avsättning i balansräkningen. Totalt uppgår resultatdifferensen i resultaträkningen till följd av fullfondering av pensioner till 90 mnkr för januari-augusti 2019.

	<u>Fullfondering</u>	<u>Blandmodell</u>	<u>Differens</u>
Delårsresultat	435	345	90

Effekten i balansräkningen av fullfondering uppgår till 6 977 mnkr. I och med regionens tillämpning av fullfonderingsmodellen redovisas pensionsavsättningen till ett 6 977 mnkr för högt belopp. Detta får till följd att det egna kapitalet försvagas med motsvarande belopp.

	<u>Fullfondering</u>	<u>Blandmodell</u>	<u>Differens</u>
Pensionsavsättning	13 123	6 146	6 977
Eget kapital	1 061	8 038	- 6 977

Klassificeringsfelet i balansräkning bedöms som materiellt och påverkar den ekonomiska ställningen i väsentlig omfattning.

Vi har granskat underlagen till gjord pensionsavsättning utifrån fullfonderingsmodellen. Största delen av avsättningen är beräknad utifrån externa underlag från pensionsförvaltare. Vissa delar har beräknats utifrån regionens egna uppskattningar med försiktighetsprincipen som grund. Denna avvikelse bedöms inte som materiell.

Granskning har skett av underlag till bokförda kortfristiga placeringar om 5 095 mnkr. I granskningen har inga avvikelser konstaterats. Fördelningen mellan tillgångsslag följer fullmäktiges placeringsföreskrifter per delårsbokslutsdagen.

I de stickprov i redovisningen som i övrigt genomförts vid denna granskning har inga väsentliga materiella avvikelser noterats.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att delårsrapporten **inte är upprättad i enlighet med lagens krav** till följd av att samtliga pensionsförpliktelser redovisats som avsättningar. I övrigt är delårsrapporten i allt väsentligt upprättad utifrån lag och god sed.



Bedömningen i delårsrapporten är att balanskravet inte kommer att uppfyllas för år 2019.

2.2. God ekonomisk hushållning

2.2.1. Iakttagelser

Finansiella mål

I delårsrapporten görs en avstämning mot det finansiella mål som regionen fastställt inför 2019.

Av regionens finansplan (antagen av fullmäktige i november 2018) framgår att det finansiella målet avseende ett resultat på 1 procent av skatter och statsbidrag inte uppnås år 2019. Det budgeterade resultatet i finansplanen är -235 mnkr för 2019 vilket är avsevärt lägre än långsiktig målnivå.

I delårsrapporten framgår att det finansiella resultatmålet om 1 procent av skatter och statsbidrag inte uppnås. Det framgår också att det budgeterade resultatet är -235 mnkr och motsvarar -1,7 procent av skatter och statsbidrag.

Det prognostiserade utfallet om -350 mnkr motsvarar -2,5 procent av skatter och statsbidrag.

Den beräknade negativa avvikelsen (-115 mnkr) mot årsbudget och det finansiella målet beror främst på att underskottet inom styrelsens sjukvårdande produktionsenheter beräknas bli -317 mnkr. Samtidigt prognostiseras en positiv avvikelse för finans- och pensionsförvaltningen om +178 mnkr.

Mål för verksamheten

I delårsrapporten görs en uppföljning av samtliga mål som fullmäktige fastställt för verksamheten. Delårsrapporten redovisar utfall för verksamhetsmålen hittills under året och beskriver huruvida målen kommer nås eller inte vid årets slut.

Vi noterar att några av målen samt där till kopplade nyckeltal behöver tydliggöras och konkretiseras för att en bättre utvärdering och bedömning av måluppfyllelsen ska kunna göras. I flera fall redovisas inte måluppfyllelse för nyckelindikatorer som mäts på helårsbasis. I enstaka fall saknar regionen data. Av intervjuer framkommer att vissa mål inte är möjliga att nå då regionen inte är huvudägare av sakfrågan.

Regionfullmäktige har i sin strategiska plan med treårsbudget 2019-2021 beslutat om strategiska mål inom de olika perspektiven. I delårsrapporten ges en samlad bedömning av måluppfyllelsen inom respektive perspektiv. En summering av den samlade måluppfyllelsen ger nedanstående resultat:

	Grönt	Gult	Rött	Grått
Samhälle	2	2	0	0
Medborgare	2	2	0	0
Process	1	4	0	0
Medarbetare	0	2	0	0
Ekonomi	0	1	1	0
SUMMA	5	11	1	0

Grönt: Tillfredsställande måluppfyllelse

Gult: Inte helt tillfredsställande måluppfyllelse

Rött: Otillfredsställande utveckling mot mål

Grått: Kan ej bedömas

Samhällsperspektivet

Utfall av underliggande nyckelindikatorer redovisas inte i delårsredovisningen. Måttidpunkt är i huvudsak vid helår för indikatorerna.

Samtliga av perspektivets framgångsfaktorer bedöms som gröna. Trots det bedöms de strategiska målen "Goda livsvillkor och jämlik hälsa i Östergötland" samt "Hållbart nyttjande av naturens resurser i Östergötland" som delvis uppfyllda med inte helt tillfredsställande måluppfyllelse.

Medborgarperspektivet

Vi delar bedömningen av de strategiska målen utifrån framgångsfaktorernas utfall. Vi noterar att nyckelindikatorn "Antal påstigande i kollektivtrafiken" under det strategiska målet "Goda och hållbara res- och transportmöjligheter" inte är bedömd. Anledningen till detta anges vara att resultatet av mätningen inte är jämförbart med tidigare utfall. Detta anges bero på att resor som betalats med applikation inte viseras på samma sätt som resekort samt att statistiken gällande resenärernas faktiska visering av resekort är något osäker.

Processperspektivet

Vi bedömer att de strategiska målen samt framgångsfaktorerna är korrekt bedömda. Vi noterar att andelen patienter i slutenvård med vårdrelaterade infektioner har ökat med 1 procent sedan föregående mätning.

Medarbetarperspektivet

Vi noterar att flertalet nyckelindikatorer (7 av 13) inte är bedömda. Sex av indikatorerna är nya för 2019. Målet för åtta av indikatorerna är att "ta fram ingångsvärde" vilket anges bero på byte av leverantör till medarbetarenkäten.

Ekonomiperspektivet

Se ovan under "Finansiella mål".

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att det prognostiserade resultatet **inte är förenligt med det finansiella mål** som fullmäktige fastställt för 2019. Nuvarande resultatnivå är långt ifrån fullmäktiges långsiktiga resultatmål om 1 procent av skatter och statsbidrag. Enligt prognosen nås inte heller årets budgeterade resultat på -235 mnkr.



Vi bedömer att verksamhetsmålen prognostiserade samlade utfall är **delvis förenligt med fullmäktiges verksamhetsmål** för 2019.





Regionfullmäktige

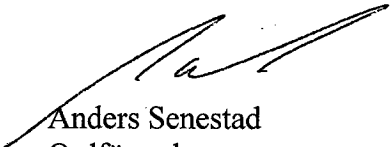
För beaktande till
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

För kännedom till
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra
sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

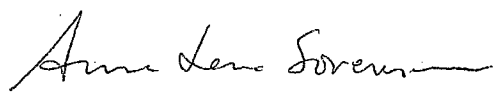
GRANSKNING GÄLLANDE STYRNING AV VERKSAMHET OCH EKONOMI UTIFRÅN BEHOVSBILD

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att granska regionens styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild. Revisorerna har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Styrningen utifrån behovsbild uppfattar vi som delvis ändamålsenlig. Ett omfattande arbete läggs ner på behovsstyrningen. Styrningen omfattas dock i viss utsträckning som otydlig och den del som fördelas utifrån behov är relativt liten. Det finns en daglig styrning av vårdverksamheten men styrningen kan stärkas i det mer långsiktiga perspektivet.
- Principerna för fördelning av budgetmedel är transparenta och väl kända. Medlen fördelas till största del utifrån en indexuppräknings av tidigare budget.
- Vi bedömer att det till viss del sker en tillräcklig styrning utifrån demografiska förutsättningar. Det finns antagna mål som understödjer en omställning utifrån förändrad behovsbild. Styrningen kan dock stärkas och en utökad budgetfördelning utifrån behov och demografi kan vara en del i detta.



Anders Senestad
Ordförande



Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild

Region Östergötland

2019-11-05

Matti Leskelä, certifierad kommunal yrkesrevisor

Ulrik Hellmark, revisionskonsult



Innehållsförteckning

Sammanfattande bedömning	2
Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfråga	4
Revisionskriterier	5
Kontrollmål	5
Avgränsning	5
Metod	5
Iakttagelser och bedömningar	6
Sker en ändamålsenlig styrning utifrån behovsbild på regionövergripande nivå?	6
Sker en ändamålsenlig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild inom respektive produktionsenhet?	8
Är principerna för fördelning av budgetmedel transparenta och väl kända?	9
Sker en tillräcklig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån demografiska förändringar?	10

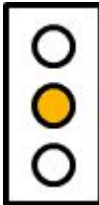
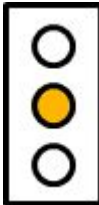
Sammanfattande bedömning

Regionerna står inför en utmaning till följd av en förändrad åldersfördelning bland befolkningen. Detta gör tillsammans med den ekonomiska situationen att det är viktigt att ha en klar bild över planeringsförutsättningar och vårdbehov. Utifrån detta och genomförd riskbedömning har revisorerna beslutat att göra en granskning inom området. Genomförd granskning har gett oss följande svar på vald revisionsfråga:

- Sker en ändamålsenlig planering och styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild?

Vi bedömer att det till viss del sker en ändamålsenlig planering och styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild.

Svaret på revisionsfrågan grundar sig på nedanstående bedömningar för granskningens kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar	
Skjer en ändamålsenlig styrning utifrån behovsbild på regionövergripande nivå?	Styrningen utifrån behovsbild bedöms som delvis ändamålsenlig . Ett omfattande arbete läggs ner i behovsstyrningen på politisk nivå och inom förvaltningsorganisationen. Styrningen uppfattas delvis otydlig och andelen medel som fördelas utifrån behov är relativt liten.	
Skjer en ändamålsenlig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild inom respektive produktionsenhet?	Vi bedömer att det delvis sker en ändamålsenlig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild inom respektive produktionsenhet. Det finns en daglig behovsstyrning av vårdverksamheten. Behovsstyrningen kan stärkas i det långsiktiga perspektivet.	

Är principerna för fördelning av budgetmedel transparenta och väl kända?

Vi bedömer att principerna för fördelning av budgetmedel i **allt väsentligt är transparenta och väl kända**. Fördelningen av medel bygger till största del på indexuppräknig. Dialoger sker kontinuerligt på olika nivåer under verksamhetsåret.



Sker en tillräcklig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån demografiska förändringar?

Vi bedömer att det **delvis sker en tillräcklig styrning** av verksamhet och ekonomi utifrån de demografiska förutsättningarna. Vi kan konstatera att det finns målsättningar beslutade som syftar till att ställa om verksamheten. Utifrån den ekonomiska situationen krävs en utökad styrning generellt. Utökad fördelning utifrån demografi och behov kan vara en del i detta.



Inledning

Bakgrund

Det har under lång tid från prognosmakare som SKL pekats på att regionerna står inför en utmaning till följd av en förändrad åldersfördelning bland befolkningen. Detta tillsammans med att Region Östergötland har en ansträngd ekonomisk situation gör att det är viktigt att ha en klar bild över planeringsförutsättningarna.

Data från SCB visar att länets befolkningsantal i åldern 65-74 ökat med 18% under perioden 2010-2018. Befolkningen som är 75 år och äldre har samtidigt ökat med 14%. Befolkningen har ackumulerat ökat med 7% under samma period. Att den äldre och mer vårdbehövande befolkningen ökar mer i antal än invånarantalet generellt påverkar ekonomin och verksamheten. Befolkningens sammansättning och framtida utveckling för respektive åldersgrupp är parametrar som i hög grad påverkar efterfrågan på hälso- och sjukvård. Det finns behov av välfungerande planeringsverktyg som tar hänsyn till detta.

Utöver demografi påverkas den ackumulerade efterfrågan och behovet av vård bland annat även av förändringar i befolkningens hälsotillstånd. Benägenheten att söka vård genom fysiska besök eller andra kanaler i form av exempelvis telefon och digitala kanaler varierar också beroende på exempelvis ålder.

Region Östergötland har obalanser i ekonomin inom de sjukvårdande produktionsenheterna. En framgångsfaktor för en fungerande ekonomistyrning är transparenta fördelningsprinciper för budget som tar hänsyn till förändrad behovsbild. En framgångsfaktor för budgetföljsamhet är att budgeten och dess fördelningsprinciper är kommunicerade och accepterade inom regionens olika verksamheter.

Syfte och revisionsfråga

Granskningen syftar till att bedöma om regionen har en ändamålsenlig planering och styrning av hälso- och sjukvårdsverksamheten utifrån demografiska förutsättningar. Revisionsobjekt är regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisionsfråga:

- Sker en ändamålsenlig planering och styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild?

Revisionskriterier

- Strategisk plan 2019-2021
- Finansplan 2019-2021
- Verksamhetsplaner och budgetar för RS, HSN samt utvalda produktionsenheter.

Kontrollmål

- Sker en ändamålsenlig styrning utifrån behovsbild på regionövergripande nivå?
- Sker en ändamålsenlig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild inom respektive produktionsenhet?
- Är principerna för fördelning av budgetmedel transparenta och väl kända?
- Sker en tillräcklig styrning av verksamhet och ekonomi demografiska förändringar?

Avgränsning

Granskningen omfattar regionövergripande nivå med RS och HSN samt följande sjukvårdande produktionsenheter:

- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
- Närsjukvården i östra Östergötland

Metod

Granskning sker av budget- och planeringsunderlag på övergripande nivå samt inom utvalda produktionsenheter. Vi har intervjuat styrelsens presidium, HSN:s presidium, tjänstepersoner inom ledningsstaben och produktionsenhetschefer samt ekonomichefer inom berörda produktionsenheter. Totalt har 19 personer intervjuats.

Två förtroendevalda revisorer, Erik Söderberg och Monica Ericsson, har följt granskningen.

Iakttagelser och bedömningar

Sker en ändamålsenlig styrning utifrån behovsbild på regionövergripande nivå?

Iakttagelser

Av regionens reglemente (antaget i december 2018) framgår att Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) utifrån ett behovs- och medborgarperspektiv ska beställa sjukvård. Vidare ska HSN göra resursfördelning samt följa upp beställningar och överenskommelser. Nämnden har en samordningsberedning där det "ska finnas en särskild grupp som arbetar med samordning av behovsstyrningen av de fyra behovsstyrningsberedningarna". Vidare framgår att den politiska organisationen ska understödja de övergripande målen och att detta ska ske utifrån ett tydligt medborgarperspektiv med fokus på behovsstyrning.

På intranätet framgår att Region Östergötlands modell för att styra resurser till hälso- och sjukvårdens verksamheter utgår från invånarnas behov. Vidare beskrivs att behovsstyrningsprocessen fungerar som ett årshjul där varje steg i processen hänger ihop med både föregående och efterföljande steg. Årshjulet åskådliggörs nedan.



Strategisk plan med treårsbudget 2019-2021 anger att den systematiserade behovsstyrningen är viktig beståndsdel i Region Östergötlands styrning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den som har störst behov av hälso- och sjukvård ges företräde. HSN fastställer i sin verksamhetsplan hur nämnden ska verka för en vård utifrån invånarnas behov. För att få en bredare bild av invånarnas behov inom olika områden ger nämnden på årsbasis uppdrag till behovsberedningarna.

De fyra behovsberedningarnas arbete är grunden för den politiska processen kring behovsinventeringen enligt beskrivning på regionens intranät. HSN fastställer i sin verksamhetsplan vilka huvudområden beredningarna ska arbeta utifrån. Nämnden har möjlighet att därtill tilldela ytterligare uppdrag såsom behovsanalyser, medborgardialoger, särskilda uppdrag och uppföljningar som tidigare beredningar och utskott överlämnat till nämnden. Beredningarna anges vid intervju också vara en form av utbildningstillfälle för nämnden.

Behovsberedningarna har följande huvudområden:

- Jämlik vård och hälsa, förebyggande insatser, barn- och ungas hälso- och sjukvård, barnhälsa, ungdomshälsa, barn- och ungdomspsykiatri, kvinnosjukvård, förlösningsvård samt neonatalvård. Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.
- Tillgänglighetsuppföljning på ett generellt plan och utifrån områdena e-hälsa (invånartjänster), vuxenpsykiatri, beroendevård, rehabilitering, akutsjukvård samt utomlänsvård. Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.
- Kroniska sjukdomar, cancersjukdomar, screening, sällsynta diagnoser, genetik, funktionsnedsättningar och hjälpmedel. Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.
- Äldres sjukdomar, multisjuklighet, kommunsamverkan (utom området barn och unga), avancerad hemsjukvård (LAH) och annan mobil vård, utskrivningsprocessen från slutenvård, vård i livets slutskede samt e-hälsa (informationsutbyte och infrastruktur). Beredningen ska också följa upp särskilda tillgänglighetskrav kopplat till detta.

Årliga behovsanalyser ligger till grund för att förbättra vården för olika behovsgrupper.

Den största delen av budgettilldelningen bygger på historik och en indexuppräknings görs. Utöver detta sker justeringar utifrån verksamhetsförändringar mellan produktionsenheterna. Det har i samband med granskningen förts fram att budgettilldelningen i grunden i sin helhet bygger på befolkningens behov. Det kan dock konstateras att samma grund för budgetfördelning har funnits under lång tid.

År 2019 fördelas 60 miljoner kronor utifrån behov. År 2018 var summan 90 miljoner kronor. Enligt intervjuade har summan 2019 minskat till följd av det generella

underskottet 2018. Dessa medel fördelas varje år på en prioriteringskonferens (tidigare kallad resursfördelningskonferens). På konferensen åskådliggörs olika behov som de olika verksamheterna påvisar.

Intervjuade anger att förarbetet till konferensen är omfattande. Några intervjuade anser att delen medel som fördelas är relativt liten utifrån det arbete som läggs ner. Andra intervjuade lyfter att Region Östergötland har en väl utvecklad behovsstyrning jämfört andra regioner.

Regionen är med och delfinansierar den verksamhet som bedrivs inom Prioriteringscentrum som är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg. Av intervjuerna framkommer att Prioriteringscentrums erfarenheter och modeller inte används i regionens behovsstyrning. Behovsberedningarnas roll uppges främst vara att identifiera behov och inte att prioritera mellan behov.

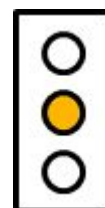
Produktionsenheterna uppfattar ibland styrningen från regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som tudelad vilket kan medföra viss osäkerhet. I granskningen har en förhoppning uttryckts om att den nya organisationen med vårddirektörer ska kunna stärka styrningen och bidra till en tydligare prioritering och fördelning av resurser.

Några av de intervjuade lyfter att en mer volymbaserad budgetfördelning från den regionövergripande nivån är önskvärd. Andra intervjuade tar upp att en mer volymbaserad budgetfördelning tenderar att vara kostnadsdrivande på totalnivå. Det var länge sedan regionen använde sig av en mer volymbaserad budgetfördelning. Det kan, utifrån det som framkommit i granskningen, konstateras att det finns för- och nackdelar med olika budgetfördelningsmodeller.

Bedömning

Vi bedömer att det till viss del sker en ändamålsenlig styrning utifrån behovsbild på regionövergripande nivå.

Ett omfattande arbete läggs ner i behovsstyrningen på såväl politisk nivå som inom förvaltningsorganisationen. Styrningen till produktionsenheterna uppfattas delvis otydlig och mängden medel som fördelas utifrån behov är relativt liten jämfört med den del som fördelas generellt.



Sker en ändamålsenlig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild inom respektive produktionsenhet?

lakttagelser

Av regionens reglemente framgår att styrningen av produktionsenheterna ska ske utifrån reglementet, styrelsens fastlagda befogenhetsramar, styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner, fullmäktiges mål samt de av HSN fastlagda förutsättningarna i överenskommelser.

Vi har granskat utvalda produktionsenheters verksamhetsplaner 2018-2019 samt årsredovisningar för 2018. Utifrån detta framkommer inga större budgetjusteringar inom respektive produktionsenhet mellan kliniker och verksamheter. Vid intervjuer ges exempel på omfördelning mellan olika verksamheter. Det finns exempel på verksamheter som fått minskad budgettilldelning till följd av minskade behov.

En utökad styrning utifrån behov lyfts fram som en möjlighet i intervjuerna. Det föreligger ekonomiska underskott inom många sjukvårdande produktionsenheter. Utifrån ekonomiperspektivet kan ökad behovsstyrning i samband med budgettilldelning vara ett alternativ. Utifrån övriga verksamhetsperspektiv i styrningen blir bilden mer komplex.

Produktionsenhetscheferna har kontinuerlig kontakt med sina verksamhetschefer och en del av denna dialog syftar till att understödja behovsstyrning i det kortsiktiga och dagliga perspektivet.

På produktionsenhetsnivå inom respektive klinik och verksamhet upplevs kännedomen om den regionövergripande behovsstyrningen och behovsberedningarna vara relativt låg.

Styrelsens och HSN:s presidium framför att SKL ger ett bra underlag till prognosarbetet för att skatta framtidens vårdbehov och den demografiska utvecklingen. Regionen arbetar på flera håll för att möta det framtida vårdbehovet vilket antas öka i högre takt än den samlade skattefinansieringen.

Omställningen till nära vård lyfts som ett sätt att möta de demografiska förändringarna.

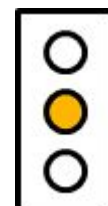
Organisationsförändringen, som beslutades under hösten 2019, är en annan åtgärd som i viss mån kan bidra till att möta morgondagens behov. Det har uttryckts förhoppningar om att den nya organisationen ska kunna bidra till en tydligare styrning. Stärkta förutsättningar att kunna prioritera mellan behov är en del i detta.

Digitalisering är ett tredje exempel på område som regionen satsar på för att möta vårdbehovet. Ett skifte har ägt rum i förväntningar på vården. Digitaliseringen är en del i det och medborgarna förväntar sig exempelvis att kunna boka tider digitalt. Det lyfts fram i intervju att det är viktigt att skilja på efterfrågan och vårdbehov. Digitaliseringen ses ändå som ett sätt att möta vissa behov och styra om resurser.

Regionövergripande målsättningar inom området finns och de aktiviteter som har implementerats inom produktionsenheterna kan bidra till att omfördela resurser utifrån behov.

Bedömning

Vi bedömer att det till viss del sker en ändamålsenlig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån behovsbild inom respektive produktionsenhet. Det finns en daglig behovsstyrning av vårdverksamheten. Behovsstyrningen kan stärkas i det mer långsiktiga perspektivet.



Är principerna för fördelning av budgetmedel transparenta och väl kända?

lakttagelser

I hälso- och sjukvårdsnämndens beslutsunderlag till överenskommelser framkommer budgettilldelningen till respektive produktionsenhet. Överenskommelserna åskådliggör också belopp för olika delar samt om specifika medel givits till ett visst ändamål.

Intervjuer på såväl produktionsenhetsnivå som inom regionens ledningsstab vidimerar att principerna för budgetfördelning är väl kända och transparenta. Tilldelningen utgår främst från historik och en indexuppräknings görs. Utöver detta sker den behovsstyrda tilldelningen för en mindre del av budgeten. Intervjuade på produktionsenheterna framför att en viss otydlighet finns gällande kostnader som rör exempelvis ombyggnation av lokaler.

Företrädare för produktionsenheterna framför att dialogen inför budgettilldelning till produktionsenheterna är tillräcklig. Samtidigt anges att möjligheten att påverka budgeten

är låg. Det dock finns en tydlig process för dialog inför fastställandet av produktionsenheternas överenskommelser med HSN.

Produktionsenhetscheferna för i sin tur löpande dialog med klinikcheferna. Av intervjuer framkommer att klinikcheferna har respekt för den budget som ges samtidigt som de, precis som produktionsenhetscheferna, anser att sambandet mellan volym/resultat och budget kan stärkas.

Dialogerna inom produktionsenheterna berör exempelvis områden som läkemedelskostnader och kompetensfrågor. Uppfattningen är i vissa fall att det inte lönar sig att redovisa goda resultat i form av kortare vårdköer och fler besök. Samtidigt kan noteras att det finns en fördelning av viten och "bonusar" kopplat till tillgänglighetsutveckling.

Bedömning

Vi bedömer att principerna för fördelning av budgetmedel i allt väsentligt är transparenta och väl kända.

Fördelningen av medel bygger till största del på indexuppräknig. Dialoger sker kontinuerligt på olika nivåer under verksamhetsåret.



Sker en tillräcklig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån demografiska förändringar?

Iakttagelser

Av SKL:s ekonomirapport från oktober 2019 framgår följande:

"Antalet gamla och unga i den svenska befolkningen ökar snabbare än antalet invånare i yrkesför ålder. Det innebär en utmaning då behovet av att bygga ut välfärdsverksamheterna kommer att vara större än möjligheterna att bemanna och finansiera dem". Vidare framgår att "antalet i den äldsta åldersgruppen förväntas öka kraftigt under den närmaste tioårsperioden, med stora konsekvenser för äldreomsorgen och sjukvården".

Nedanstående graf från ekonomirapporten illustrerar på ett tydligt vis den demografiska utmaning som hälso- och sjukvården står inför. Antalet som är 80 år och äldre beräknas öka kraftigt under en tioårsperiod och andelen yrkesverksamma beräknas öka endast i blygsam omfattning. Detta påverkar både ekonomin och kompetensförsörjningen.

Förändring av antal invånare 2018-2028 i olika åldersgrupper (Antal invånare och procent)					
	0-19	20-64	65-79	80- år	Totalt
Antal	188 000	297 000	32 000	244 000	760 000
Procent	8	5	2	47	7

Källa: SKL:s ekonomirapport oktober 2019.

I strategisk plan med treårsbudget lyfts att Region Österland i likhet med övriga riket står inför välfärdsutmaningar till följd av den demografiska utvecklingen. Vidare beskrivs att efterfrågan på sjukvård ökar i takt med den demografiska förändringen samtidigt som

intäkterna inte följer utvecklingen. Detta är en konsekvens av att andelen invånare i arbetsför ålder sjunker i relation till unga och gamla.

Vi ser att demografiska förutsättningar samt utvecklingen i olika patientgrupper etc. är något som lyfts i produktionsenheternas verksamhetsplaner. Utmaningar, till exempel de demografiska, är generellt kända men praktiska och konkreta lösningar är inte alltid så tydligt formulerade.

Det finns dock, som tidigare nämnts, en mängd övergripande beslut som syftar till att ställa om verksamheten genom exempelvis digitalisering. Vidare finns målsättningar kring den nära vården som också kan sägas syfta till att ställa om den samlade verksamheten utifrån föreliggande behovsbild.

Inom primärvården, som förvisso inte är föremål för denna granskning, finns en fördelningsmodell utifrån demografi med hänsyn till bland annat ålder och socioekonomi.

Vid budgettilldelning till produktionsenheterna sker ingen beräkning utifrån exempelvis generell befolkningsutveckling inom olika länsdelar

Utifrån medborgarnas förväntningar på vården, den ekonomiska situationen, tillgänglighetsproblem och i viss mån även höjda tillgänglighetsmål så kan en utökad behovsstyrning vara ett sätt definiera det samlade utbudet av hälso- och sjukvård.

Bedömning

Vi bedömer att det delvis sker en tillräcklig styrning av verksamhet och ekonomi utifrån de demografiska förutsättningarna. Vi kan konstatera att det finns målsättningar beslutade som syftar till att ställa om verksamheten. Utifrån den ekonomiska situationen för sjukvårdande produktionsenheter krävs en utökad styrning generellt. Utökad fördelning utifrån demografi och behov kan vara en del i detta.

