Regionrevisorerna

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Nämnden för
Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2019
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2020-04-02 att överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2020-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2019

Stockholms läns sjukvårds-område

Regionrevisorerna

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Nämnden för
Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2019
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2020-04-02 att överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2020-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Sammanfattning – Stockholms läns sjukvårds-område (SLSO)

I den årliga revisionen prövas om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Bedömning för år 2019

	Tillfreds-ställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfreds-ställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	**X**		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll		**X**	
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	**X**		

Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till 229 mnkr, vilket är 30 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Fullmäktiges mål och uppdrag har i huvudsak uppnåtts. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms vara tillfredsställande.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som tillfredsställande. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2018.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämnden på övergripande nivå kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet. Revisionen bedömer att ekonomistyrningen och kontrollen för att reducera antalet enheter med ekonomiskt underskott fortsatt behöver stärkas även om andelen enheter med ekonomiskt underskott har blivit något lägre jämfört med 2018.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara inte helt tillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2018.

Räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed, enligt regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1 Årlig granskning 3

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 3
- 2.1 Ekonomiskt resultat 3
- 2.2 Verksamhetsmässigt resultat 5
- 2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 11

3 Intern styrning och kontroll 11
- 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning 12
- 3.2 Arbetet med riskanalyser och internkontrollplan 14
- 3.3 Risk för oegentligheter och förtroendeskadligt beteende 15
- 3.4 Ledningsnära kostnader och representation 16
- 3.5 Granskning av Stockholms läns sjukvårdsområdes protokoll 16
- 3.6 Textilhantering Stockholms läns sjukvårdsområde 20
- 3.7 Två lösningar i vårdens kompetensförsörjningsarbete 21
- 3.8 Granskning av den psykiatriska öppenvården 22
- 3.9 Läkemedelsgenomgångar i primärvården 23
- 3.10 Avrapporterade granskningar i delrapport 23
- 3.11 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 23
- 3.12 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 24
- 3.13 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll 24

4 Räkenskaper 25
- 4.1 Årsbokslutet inklusive verksamhetsberättelse 25
- 4.2 Redovisning av omställningskostnader 25
- 4.3 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 26
- 4.4 Samlad bedömning av räkenskaper 26

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Följande PM har från revisionskontoret lämnats till ledningen för förvaltningen:

- Textilhantering i Stockholms läns sjukvårdsområde
- Granskning av Stockholms läns sjukvårdsområdes protokoll

1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) ansvarar enligt regionfullmäktiges reglemente för region Stockholms verksamhet inom primärvård, geriatrik, psykiatri, habilitering, avancerad sjukvård i hemmet, beroendevård samt regionens insatser inom stöd och service till vissa funktionshindrade.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, regionens regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har revisorerna biträtts av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Annika Eriksson och Dan Melin m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Anders Hägg m.fl. vid PwC.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I avsnittet görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges ekonomiska och verksamhetsmässiga mål och givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2019	Bokslut 2019	Bokslut 2018
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	12 322	12 580	11 434
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-12 123	-12 351	-11 381
- varav omställningskostnader	*- 32*	*- 38*	*-43*
Årets resultat	**199**	**229**	**53**
Balansomslutning (mnkr)	-	2 512	2260
Årsarbetare (antal)	11 415	11 596	11 243

Årets resultat uppgår till 229 mnkr, vilket är 30 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Resultatet har inte påverkats av jämförelsestörande poster. Resultatet är 176 mnkr högre än 2018 års utfall.

2.1.1 Jämförelse med budget 2019

Verksamhetens intäkter uppgår till 12 580 mnkr, vilket är 258 mnkr (2,1 procent) högre än budgeterat.

Sålda primärtjänster överstiger budget med 26 mnkr. Avvikelsen avseende sålda primärtjänster förklaras främst av högre uppdragsersättning inom öppenpsykiatrin, högre utomlänsintäkter inom psykiatrin samt av högre prestationsintäkter inom somatisk specialistvård. Intäkterna för försäljning av övriga tjänster överstiger budget med 119 mnkr. Den positiva budgetavvikelsen beror även på ökade försäljningsintäkter inom hjälpmedel på 103 mnkr, samt obudgeterade projektintäkter och ersättning för omställningskostnader på 6 mnkr. SLSO har även erhållit obudgeterad momskompensation för ST-läkare eftersom de privata vårdgivarna från april fakturerar inklusive 6 procent moms. Intäkten är dock resultatneutral eftersom den motsvaras av en ökad kostnad.

Verksamhetens kostnader exkl. avskrivningar och finansiella poster uppgår till 12 161 mnkr, vilket är 256 mnkr (2,2 procent) högre än budgeterat.

Kostnader för personal, inklusive inhyrd personal, överstiger budget med 182 mnkr. Förklaringen till den stora budgetavvikelsen är att beslutade bemanningsreducerande åtgärder inte givit förväntad effekt, t.ex. minskad inhyrning av personal. Vidare har nedlagda verksamheter bidragit till en ökning i form av höga avvecklingskostnader och viss övertalighet. En negativ budgetavvikelse har även uppstått som en följd av obudgeterade projekt, som enligt ovan motsvaras av en högre intäkt.

Negativa budgetavvikelser noteras för läkemedel, inklusive läkemedel i förråd, på 32 mnkr till följd av ökad läkemedelsförskrivning inom psykiatrin. För materialkostnader finns en avvikelse på 74 mnkr med anledning av ökade kostnader för hjälpmedel, till följd av utökat sortiment och ökad efterfrågan. Även lokal- och fastighetskostnader avviker negativt med 38 mnkr mot budget, vilket delvis kan förklaras av ombyggnation och flytt av verksamheter.

Kostnaderna för primära sjukvårdstjänster understiger budget med 11 mnkr, och köpta verksamhetsanknutna tjänster med 46 mnkr, vilket förklaras av lägre kostnader för HVB-hem samt lägre kostnader för medicinsk service i primärvården. Även övriga kostnader avviker positivt mot budget med 14 mnkr, vilket bl.a. förklaras av att kostnaderna avseende omställning med anledning av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) budgeteras här.

Omställningskostnader uppgår till 38 mnkr vilket är 6 mnkr (12,5 procent) högre än budgeterat (32 mnkr).

Avskrivningar är 28 mnkr (12,8 procent) lägre än budget. Förklaringen är lägre investeringstakt än beräknat för inventarier.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i nämndens verksamhetsberättelse.

För resultat per verksamhetsområde se 3.1.1.

Jämförelse med 2018 års utfall

Verksamhetens intäkter har ökat med 1 146 mnkr (10,2 procent), vilket framförallt beror på högre uppdragsersättning inom psykiatrin, högre prestationsersättning inom somatisk specialistvård samt habilitering och hjälpmedel.

Verksamhetens kostnader har ökat med 862 mnkr (7,6 procent), vilket i huvudsak beror på högre personalkostnader. Kostnader för avskrivningar har ökat med 108 mnkr vilket till största del beror på omklassificeringen av hjälpmedel från omsättningstillgång till anläggningstillgång.

2.1.2 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 244,7 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 238,6 mnkr. Budgetavvikelsen beror på att investeringarna för FHS finns med i SLSO:s investeringsutgifter medan budget för FHS finns centralt inom region Stockholm.

2.1.3 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att resultatet överstiger resultatkravet. Det ekonomiska resultatet bedöms vara tillfredsställande, vilket är en förbättring jämfört med 2018.

Kostnadsutvecklingen mellan 2018 och 2019 uppgår enligt SLSO till 3,7 procent efter justering av jämförelsestörande poster. Ökningen utgörs av generella löne- och prisökningar samt volymökningar inom hjälpmedelsverksamheterna och närakuterna.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

Nedan redovisas måluppfyllelsen för ett urval av dels fullmäktiges, dels nämndens mål och uppdrag där avvikelse förekommer.

2.2.1 Mål för hälso- och sjukvården

I tabellen nedan redovisas tre indikatorer med avvikelser i måluppfyllelse.

Hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare	Mål 2019	Bokslut 2019	Bokslut 2018	Måluppfyllelse
Regionfullmäktiges mål				
Vård i rätt tid				
Andelen patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	>90%	79%	92,4	Nej
Effektiv vård				
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus[1]	≤ 3 dgr	4,9	–	Nej
Nämndens egna mål:				
Säker vård				
Kontinuitet i vården: Andel patienter som träffar samma läkare/behandlare	77%	76%	77,2%	Nej

Målet för ”Vård i rätt tid” bedöms som uppfyllt i sin helhet eftersom SLSO uppnådde indikatorn *Vård inom tre dagar hos husläkare* och *Första besök hos specialistläkare inom 30 dagar,* d.v.s. två av tre indikatorer. Däremot uppnåddes inte den tredje indikatorn, *Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar*.

Målet för ”Effektiv vård” är inte uppfyllt. Indikatorn (se tabellen) för målet mäts enbart för psykiatriska kliniker, och av de nio psykiatriska klinikerna uppnår tre kliniker målet, dvs färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus max tre dagar. SLSO har påbörjat ett antal åtgärder för att höja effektiviteten, bl.a. genom att arbeta med digitalisering och förbättrade stödprocesser, uppföljning och analys. Inom primärvården har ett arbete för samutnyttjande av t.ex. rehabkoordinatorer och hemsjukvård påbörjats. Värde för 2018 saknas eftersom indikatorn är ny.

SLSO uppger att ovanstående indikatorer visar på mätproblem som delvis beror på indikatorernas ursrpung, där måtten från början är utvecklade för akutsjukvården. Indikatorn *Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar* är kopplad till vårdgarantin och *Antal dagar medicinskt färdigbehandlad är kvar på sjukhus* är kopplad till kommuners förmåga att ta emot färdigbehandlade patienter. När indikatorn i sin nuvarande utformning riktas till SLSO mäter den i första hand psykiatrins verksamhet.

[1] Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle.

Målet ”Säker vård” innehåller tre indikatorer, varav två är SLSO:s egna. Fullmäktiges indikator, *Förekomsten av vårdrelaterade infektioner* uppnås liksom den ena av nämndens egna, *Antibiotikaförskrivning*. Eftersom fullmäktiges enda indikator är uppfylld betraktas målet som uppnått. Den tredje av nämndens egna indikatorer uppfylls inte, *Kontinuitet i vården – andel patienter som träffar samma läkare/behandlare*. Målet var att värdet skulle öka, istället har värdet minskat med en procentenhet. Exempel på aktiviteter som genomförts under året för att uppnå målet är psykiatrins fortsatta arbete med ledningssystemet för tvångsvård och kvalitativ uppföljning av genomförda uppföljningssamtal.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål har uppnåtts.

2.2.2 Attraktiv arbetsgivare

Fullmäktiges övergripande mål är att regionen ska vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare, vilket i sin tur delats in i två delmål, ”Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare” och ”Systematisk kompetensförsörjning”.

Liksom tidigare år har SLSO en personalomsättning som är högre än både fullmäktiges och nämndens eget mål. Utfallet för 2019 är 23 procent, medan målet för både fullmäktige och nämnd är lägre än 10 procent. Resultatet är bättre än föregående år, då utfallet var 26 procent.

SLSO har en egen indikator som gäller kostnad för inhyrning av personal, och där ligger utfallet över nämndens eget mål. Andelen inhyrd personal uppgick för perioden till 3,9 procent medan nämndens mål var 2 procent. Kostnaden för inhyrning uppgår till ca 275 mnkr och största delen av kostnaden står verksamhetsområde psykiatri (49 procent) och verksamhetsområde primärvård (28 procent) för. Problemen med rekrytering gäller i första hand specialistläkare och sjuksköterskor inom dessa båda verksamhetsområden.

Sjukfrånvaron i relation till ordinarie arbetstid uppgår till 6,4 procent, vilket är en förbättring jämfört med 2018 när motsvarande siffra var 6,5 procent. Däremot är utfallet högre än både fullmäktiges mål, 6,2 procent, och nämndens eget mål, 6,3 procent. Sjukfrånvaron bland kvinnor är fortsatt högre än männens, och skillnaden är störst i yrkesgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och skötare. En annan yrkesgrupp med hög sjukfrånvaro är administratörer, som har i genomsnitt 27,3 dagar. Administratörer är också en av de grupper där den totala sjukfrånvaron ökat mest sedan 2018, med 2,1 dagar. Resultat för långtidssjukskrivningar redovisas under målet ”En hållbar region Stockholm” (se 2.2.3).

Indikatorn *Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad* mäter delmålet ”Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare”. Resultatet av indikatorn visar att antalet användare är 15 procent, vilket kan jämföras med fullmäktiges mål på 80 procent och nämndens mål på 85 procent. Den lägre siffran förklaras med att det första steget i tillämpningen av kompetensstegar,

registrering i kompetensplaneringsverktyget KOLL i it-systemet Pro Competence, inte är genomförd. Sedan våren 2019 är implementeringen av KOLL ett prioriterat område.

Revisionen har i en rapport särskilt granskat den metod för uppgiftsväxling SLSO utvecklat.[2]

SLSO eftersträvar ett hållbart arbetsliv med målet att minska sjuktalen, och har under 2019 arbetat med individuell rådgivning och hälsosam schemaläggning. Även chefsstödet har stärkts genom att höja kunskapen om personalekonomi (se 2.2.3).

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål i huvudsak har uppnåtts.

2.2.3 En hållbar region Stockholm

Regionens mål om hållbar verksamhet omfattar ”Social hållbarhet”, ”Effektivt miljöarbete” och ”Målinriktad forskning”. Social hållbarhet mäts med indikatorn *Antalet anställda som vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar*, där nämndens eget mål är 320 anställda. Årets utfall blev 391, vilket är högre än målet men också högre än 2019 års resultat, som var 385 anställda. Antalet deltidssjukskrivningar över dag 90 har också ökat.

En av indikatorerna för ”Målinriktad forskning” som nämnden själv har tagit fram är *Antal disputationer den senaste treårsperioden*, med målet att antalet ska öka. Det har inte skett, 2018 års utfall var 82 disputationer medan motsvarande siffra för 2019 var 79. SLSO har påbörjat ett strategiskt arbete för att nå delmålet ”Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa”. Bland annat har en satsning gjorts för att knyta seniora forskare till Akademiskt primärvårdscentrum och en docentskola bildats för att ge stöd efter disputation.

Region Stockholms klimatpåverkan har granskats närmare av revisionskontoret i projektet ”Vårdens textilhantering”. Iakttagelser och bedömningar redovisas under 3.6.

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål i huvudsak har uppnåtts.

2.2.4 Uppdrag från fullmäktige

I verksamhetsberättelsen rapporteras att uppdraget kopplat till utveckling av framtidens hälso- och sjukvård[3] pågår enligt plan. På samma sätt görs bedömningen att uppdraget som syftar till att möjliggöra framtidens vårdinformationsmiljö[4] pågår enligt plan.

---

[2] Regionrevisorerna 10/2019 Två lösningar i vårdens kompetensförsörjningsarbete – uppgiftsväxling och bemanningspool.
[3] LS 1403-0399
[4] LS 2017-1455

Bland de avslutade uppdragen återfinns två som berör miljöarbete. Uppdraget att öka takten i att byta till fordon som drivs med fossilfritt bränsle har resulterat i att SLSO under 2019 anskaffat 16 elbilar som fördelats ut i verksamheten. SLSO uppger att målet 3 procent av fordonsflottan ska utgöras av nollutsläppsfordon är uppfyllt. Det andra uppdraget avser SLSO:s skyldighet att ta fram en klimat- och sårbarhetsanalys. Analysen har tagits fram och presenterats för nämnden i oktober 2019. Sjukhusdirektören har fått i uppdrag att vidta åtgärder utifrån definierade sårbarheter och brister.

Regionstyrelsens uppsiktsuppdrag har resulterat i fem anmodanden, varav samtliga är pågående enligt plan. En anmodan gäller konsultanvändningen, där regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att fortsatt säkerställa åtgärder för att minska konsultkostnader och att intensifiera arbetet med att skifta ut inhyrda konsulter.[5] SLSO har bl.a. inrättat ett portföljverktyg som underlättar för att styra och prioritera i pågående och kommande projekt.

SLSO avrapporterar i verksamhetsberättelsen att anmodan avseende intensifiering och integrering av informations- och it-säkerhet[6] i verksamhetsprocesser, samt fokus på åtgärd av identifierade avvikelser, pågår enligt plan.

2.2.5 Produktion

Geriatrisk vård
Produktionen av geriatriska vårdtillfällen har varit cirka 1 procent lägre än budget för slutenvård och 6 procent lägre än budget för öppenvård. Negativa budgetavvikelser förklaras delvis av utebliven produktion vid Sollentuna sjukhus som upphandlades under 2019. I jämförelse med föregående års utfall är slutenvårdsproduktionen 19,6 procent högre och öppenvårdsproduktionen 1,1 procent högre. Antalet disponibla vårdplatser 2019 är 2,4 procent högre än utfall för 2018, men 10 procent färre än budget 2019. Orsaken uppges vara svårigheter att bemanna med sjuksköterskor.

ASiH – Avancerad sjukvård i hemmet
Produktionen av vårddygn 2019 är cirka 3 procent lägre än budget. Orsaken uppges vara lägre remissinflöde och svårigheter att rekrytera sjuksköterskor, vilket också bidragit till minskat remissinflöde. I jämförelse med föregående års utfall ligger produktionen av vårddygn 2,7 procent lägre.

Psykiatrisk vård
Produktion i form av besök och vårdtillfällen inom psykiatrin har varit 9,6 procent lägre än budget för slutenvård och 6,3 procent högre än budget för öppenvård. Barn- och ungdomspsykiatrin uppvisar en ökning på cirka 35 procent. Anledningen uppges vara att distanskontakter ej budgeterats. I jämförelse med föregående års utfall är slutenvårdsproduktionen 1,7 procent

[5] RS 2018-1077
[6] RS 2018-1077

högre och öppenvårdsproduktionen 8,9 procent högre. Antalet disponibla vårdplatser 2019 är 4,1 procent högre än 2018 och följer plan.

Primärvård

Produktionen har totalt varit 6,0 procent lägre än budget (eller 240 885 besök färre). Antalet läkarbesök på husläkarmottagningar och husläkarjourer blev 9,0 procent lägre än budget. Anledningen uppges vara att fler tidskrävande utredningar har förts ut från akutsjukhusen och fler besök har styrts om till sjuksköterskebesök, vilket har lett till att produktionsmålen inte nås. Övriga besök på husläkarmottagningar blev 5,3 procent lägre än budget. Som orsak uppges vakanser, ej uppnådda besöksmål samt minskning av influensavaccinering. Hemsjukvårdsbesöken fortsätter öka jämfört med 2018 och blev 2,2 procent högre än budget. För primärvårdsrehabiliteringen blev besöken 8,8 procent lägre än budget. Orsaken uppges vara vakanser och introduktion av nyanställd personal. Övriga besök inom primärvården blev 10,9 procent lägre än budget. Sjukskrivningar bland medarbetare m.m. uppges som orsak till lägre produktion. I jämförelse med föregående år ligger produktionen 0,5 procent högre.

Habilitering och hälsa

Produktionen har varit totalt 2,0 procent, eller 3 979 besök, högre än budget, vilket förklaras av att antalet distanskontakter ökat. Distanskontakter har utfallit med en andel av 13 procent av total produktion vilket är en dryg fördubbling, eller 6 procent, av budgeterad andel. I jämförelse med föregående år ligger produktionen 20,6 procent högre.

Somatisk specialistvård

Somatisk specialistvård utgörs av Närakuter, Akademiskt specialistcentrum och Centrum för cancerrehabilitering. Den sammanlagda produktionen för verksamheterna har varit totalt 3,6 procent lägre än budget. Produktionen inom Centrum för cancerrehabilitering har varit 35 procent lägre än budget. Orsaken uppges vara ett lågt remissinflöde. Produktionen inom närakuten Haga har utfallit 28 procent lägre än budget. Avvikelsen beror på en förändring i Karolinska sjukhusets uppdrag för det akuta omhändertagandet, som innebar en kraftig minskning av antalet hänvisningar till Haga. Detta har påverkat den totala produktionen inom Närakuter som är 2,4 procent lägre än budget. I jämförelse med föregående år ligger produktionen av övriga besök 81,4 procent högre. Ökningen förklaras av att Akademiskt specialistcentrum fått ett nytt uppdrag, att besök inom befintlig verksamhet ökat samt att Centrum för cancerrehabilitering från och med 2019 definieras som somatisk specialistvård.

Övrig specialistvård

Produktionen har varit 11, 9 procent lägre än budget. I jämförelse med föregående år ligger produktionen 18,2 procent lägre. För de barn- och

ungdomsmedicinska mottagningarna, BUMM, är besöken under budget. I jämförelse med föregående år ligger produktionen 18,2 procent lägre.

Produktiviteten har enligt nämndens beräkningar sammanvägt ökat med 4,0 procent mellan 2018 och 2019. Den förbättrade produktiviteten förklaras av att samtliga vårdgrenar, med undantag för primärvården, redovisar positiv produktivitetsförändring. Produktivitetsutveckling fördelad per vårdgren är för psykiatri (7,0 procent), primärvård (-1,7 procent), geriatrik inklusive ASiH (1,5 procent), somatisk specialistvård (20,9 procent), habilitering (3,0 procent). Inom psykiatrin har produktionen ökat med 9,1 procent och nio av tio kliniker uppvisar en positiv produktivitetsförändring. Inom geriatrik och ASiH har samtliga kliniker haft en positiv produktivitetsförändring. Orsaken till primärvårdens negativa produktivitet uppges bero på att kostnader för använda resurser ökat.

2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultat uppgår till 229 mnkr, vilket är 30 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Resultatet är 176 mnkr högre än utfallet 2018. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

SLSO har under 2019 producerat färre öppen- och slutenvårdsbesök än budget inom den geriatriska vården. Emellertid är utfallet av besök högre än 2018. Även primärvården uppvisar en minskning av antalet besök mot budget, men dessa är 0,5 procent högre än utfallet för 2018. Produktiviteten har ökat med 4,0 procent jämfört med 2018.

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet i huvudsak har uppnåtts. För fullmäktiges indikatorer *Vård i rätt tid* och *Effektiv vård* uppnås målen inte. Detsamma gäller nämndens egen indikator *Säker vård*. Nämndens verksamhetsmässiga resultat bedöms vara tillfredsställande. Revisionen konstaterar att SLSO fortsatt har en utmaning i att rekrytera och behålla sjuksköterskor och läkare, framförallt inom psykiatri och primärvård.

Revisionen konstaterar att det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet beskrivits på ett i huvudsak tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

Sammantaget bedöms det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet utifrån genomförd granskning som tillfredsställande.

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

3.1.1 Åtgärder för en ekonomi i balans

Nämnden har i delrapporten för 2019 prognostiserat årets resultat till 199 mnkr, dvs. i nivå med budget. Utfallet blev 30 mnkr högre än prognosen i delrapporten. Precis som tidigare år är en stor del av det positiva resultatet hänförligt till verksamhetsområde Habilitering och hjälpmedel.

Nedan redovisas budgetavvikelsen för SLSO:s fem verksamhetsområden per helår 2019:

- Forskning, utveckling och utbildning (FoUU): Redovisar ett överskott på 2,5 mnkr, jämfört med +4,8 mnkr per augusti.
- Somatisk specialistvård (VOSS): Redovisar ett underskott på 54,4 mnkr, jämfört med -28,5 mnkr per augusti.
- Psykiatri: Redovisar ett överskott på 4,9 mnkr, jämfört med -4,4 mnkr per augusti.
- Habilitering och hjälpmedel: Redovisar ett överskott på 102,9 mnkr jämfört med +62,9 mnkr per augusti.
- Primärvård: Redovisar underskott på 10 mnkr jämfört med -0,1 mnkr per augusti.

Det planerade åtgärdsprogrammet för 2019 beräknades till 224 mnkr per helåret. Den prognostiserade helårseffekten har dock justerats ner löpande under året. Ackumulerat t.o.m. september hade åtgärderna gett en ekonomisk effekt på 87 mnkr och prognosen för de planerade åtgärderna för helåret beräknades till 144 mnkr. Ackumulerat t.o.m. oktober hade åtgärderna gett en ekonomisk effekt på 98 mnkr och prognosen för effekterna av de planerade åtgärderna för året beräknades till 138 mnkr.

I månadsrapporterna under 2019 framgår att åtgärderna inte fullt ut skulle uppnås. Detta berodde dels på att sammanslagning av team inom ASiH inte resulterade i prognostiserad besparing, dels att övriga verksamheters reducering av bemanningskostnader samt ökning av produktion inte förväntades följa lagda planer. Med anledning av det, intensifierade ledningen arbetet med åtgärder för de verksamheter som inte beräknades ha en ekonomi i balans. Nämnden tar inte explicit del av åtgärdsplanerna och i vilken mån åtgärderna realiserats, utan endast indirekt i rapportering av verksamhetsområdenas resultat i månads- och årsrapporter.

Av verksamhetsberättelsen framgår att den slutliga effekten av de fem åtgärderna i åtgärdsprogrammet för att nå en ekonomi i balans, som ingick i nämdens budget, blev 147 mnkr, vilket är 77 mnkr lägre än planerat. Att full effekt inte har erhållits av åtgärderna förklaras främst av att berörda verksamheter inte förmått reducera personalkostnader (inkl. inhyrning) som planerat. Samtidigt framgår att andelen verksamheter med ekonomi i balans har ökat något, från 54 procent till 60 procent jämfört med föregående år.

Planerade åtgärder för att öka produktionen har inte givit förväntad effekt och reducering av vårdutbud har inte utförts i förväntad utsträckning. Den sammanvägda produktivitetsutvecklingen har utfallit positivt med 4 procent, att jämföra med nämndens målvärde på 1 procent. Samtliga vårdgrenar, med undantag för primärvård, redovisar en positiv produktivitetsutveckling. Målvärdet på 70 procent vad gäller andel resultatenheter med positiv produktivitetsutveckling har därmed uppnåtts.

3.1.2 Nämndens styrning och uppföljning

SLSO:s modell för styrning och uppföljning bygger på samma principer som tidigare år, med självständiga resultatenheter som ansvarar för sina enheters rapportering och uppföljning av resultat, vilket bland annat stipuleras i chefskontrakten. Sedan 2017 är SLSO indelat i fem verksamhetsområden där respektive resultatenhet ingår. Ytterst ansvarig för enheternas resultat och budget är nämnden.

SLSO:s modell för styrning och uppföljning innebär att nämnden fastställer en detaljerad budget utifrån fullmäktiges ramar för resultat och investeringar. Nämnden har i budgeten i huvudsak brutit ner de av fullmäktiges mål som berör verksamheten i egna uppföljningsbara strategier, mål och indikatorer. Utifrån budgeten har verksamhetsområdena upprättat verksamhetsplaner, och resultatenheter upprättat handlingsplaner.

Revisionen har tagit del av dokumentation från årets nämndmöten. Genomgången av månadsrapporter och tertialrapporter (inklusive delårsrapporten) är en återkommande informationspunkt som behandlas i nämnden. Av månads/tertialrapporterna framgår bland annat ekonomi, produktionsutveckling samt verksamhetsförändringar. Även åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans har ingått i månadsrapporteringen. Rapporteringen sker på aggregerad nivå inom respektive verksamhetsområde och bedöms vara på en tillräckligt detaljerad nivå i relation till SLSO:s storlek. Ur ett ekonomistyrningsperspektiv utgör framför allt verksamhetskostnadernas ökningstakt en viktig styrindikator, vilken följs upp regelbundet för respektive resultatenhet.

Den ekonomistyrning som tillämpas på ledningsnivå inom SLSO bygger endast till viss del på budgetuppföljning. Detta förklaras delvis av att verksamhetsförutsättningarna (vårdavtal) inte alltid är klargjorda i samband med att budget upprättas och fastställs. Att analysera utfall mot föregående års intäkter och kostnader anses därför ge en bättre och mer relevant och ändamålsenlig analys.

Ett antal resultatenheter redovisar ett underskott, men något fler resultatenheter än tidigare år uppvisar ett resultat i balans. Av totalt 126 resultatenheter uppvisar 76 ett resultat i balans medan övriga går med underskott. Att det samlade resultatet är positivt beror fortsatt på resultatet inom hjälpmedel. Hjälpmedelscentralernas resultat står för 44 procent av resultatet (130 procent 2018), och för cirka 11 procent av omsättningen (9 procent 2018).

Ett flertal vakanta tjänster har bemannats med inhyrd personal. I jämförelse med föregående år har kostnaden för inhyrd personal ökat med 4,1 procent. Kostnaden för inhyrd personal upppgår till 275 mnkr, där psykiatri har den största delen av kostnaden (49 procent) följt av primärvård (28 procent). Bristen är särskilt stor bland läkare och sjuksköterskor inom psykiatri och primärvård.

Bedömning

SLSO redovisar sammantaget ett positivt resultat mot budget i enlighet med fullmäktiges resultatkrav. Den slutliga effekten av det planerade åtgärdsprogrammet för 2019 blev 147 mnkr, vilket är 77 mnkr lägre än budgeterat. Att det samlade resultatet är positivt beror, liksom tidigare år, på resultatet inom hjälpmedel.

Revisionen bedömer att nämnden på övergripande nivå kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet. SLSO har en i allt väsentligt tillfredsställande prognossäkerhet. Nämnden behöver fortsatt minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat vilket revisionen påtalat sedan 2015.

3.2 Arbetet med riskanalyser och internkontrollplan

Revisionen har inhämtat och granskat SLSO:s ”Plan för internkontroll 2019, årsuppföljning” inklusive bilagor med sammanställning av risker och kontroll, risker och åtgärder samt fördjupad sammanställning av risker. Revisionen har tagit del av den omfattande uppföljning av årets internkontrollplan som genomförts.

Underlag har även inhämtats för bokslutsprocessen, samt dokument som visar på internkontroll och uppföljning av redovisningsrutiner kopplat till de finansiella rapporterna, som inte är en integrerad del i SLSO:s övergripande arbete med internkontrollplaner. Revisionen har tagit del av dokument som styrker den interna kontroll kopplat till de finansiella rapporterna som sker inom redovisningsenheten.

Av planen för internkontroll 2019 framgår att förvaltningens arbete sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande riktlinjer. Under 2019 har ett arbete dessutom inletts med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur och styrning och ledning av verksamheten.

Av årsuppföljningen framgår att SLSO:s högsta risk är kopplad till kompetensförsörjning och ökade svårigheter att rekrytera personal. Förvaltningen har under året arbetat med att ta fram och säkerställa adekvata kontrollmoment och ett flertal är nu etablerade.

Inför 2019 identifierades även ett antal ekonomiska risker, främst inom kostnadsmedvetande samt ojämnt ekonomiskt resultat inom verksamhetens olika delar. SLSO har arbetat aktivt under 2019 för att stärka den ekonomiska uppföljningen inom förvaltningens olika delar för att säkerställa god ekonomisk

hushållning och en ekonomi i balans. Månadsvisa uppföljningar är etablerade och åtgärdsplaner har tagits fram för resultatenheter som visar ett negativt resultat. Arbetet med att minska ekonomisk risk har haft ett positivt utfall för SLSO som i sin helhet visar ett ekonomiskt resultat i balans för 2019. Samtidigt som fler resultatenheter visar ett resultat i balans är nämnden liksom tidigare beroende av det positiva resultatet från hjälpmedel.

Förvaltningen har arbetat med att minimera riskerna kopplade till patientsäkerhet och informationssäkerhet och har etablerat kontrollmoment och åtgärder som bedöms minska dessa risker.

Redovisningsenhetens dokument för bokslutsprocessen visar vilka kontrollmoment som sker inför varje månadsbokslut. Av dokumentet framgår beskrivning av kontrollen, när kontrollmoment ska utföras samt vem som är ansvarig. Månatligen sker bl.a. kontroller avseende koncerninterna och externa kundfakturor, momsredovisning, registrering av externa bokföringsordrar i Raindance, inläsning av övriga underlag från Heroma och avstämning av balanskonton. Kontrollerna görs löpande under året.

Bedömning

Revisionen bedömer att SLSO har ett strukturerat arbete med internkontroll i enlighet med centrala anvisningar inom regionen. Revisionens bedömning är att den interna kontrollen kopplat till redovisningsrutiner i allt väsentligt är tillräcklig för att säkerställa tillförlitlighet i de finansiella rapporterna.

Rekommendation

Granskningen föranleder inga rekommendationer.

3.3 Risk för oegentligheter och förtroendeskadligt beteende

Nämnden har gjort bedömningen att risk för oegentligheter kan finnas inom hela verksamheten. Förebyggande arbete sker genom särskilda informationsinsatser vid upphandlingar och regelbunden utbildning genomförs för förvaltningens nya chefer, samt genom information på intranätet.

Uppföljning av det förebyggande arbetet sker genom interna revisionsrapporter, och rapportering av regelbundna stickprov av fakturahantering. En sammanställning av ärenden inkomna till visselblåsarfunktionen redovisas årligen till nämnden.

Riktlinjer avseende misstanke om mutor och oegentligheter har utarbetats under 2019 och gäller från 2020-02-11.

Bedömning

Revisionen gör bedömningen att förvaltningen har ett förebyggande arbete avseende oegentligheter och förtroendeskadligt beteende genom kontroller och utbildningsinsatser till chefer.

3.4 Ledningsnära kostnader och representation

Granskning har gjorts avseende ledningsnära kostnader och representation för perioden september – december 2019. Sammanlagt har 23 stycken leverantörsfakturor/redovisningstransaktioner granskats avseende syftesbeskrivning, deltagarförteckning, kontering samt attestants oberoende, dvs. att attestant inte själv konsumerat eller använt varan/tjänsten.

Ett slumpmässigt urval har gjorts av fakturor konterade på ett antal konton. Mindre avvikelser har noterats för 8 fakturor och gäller avsaknad av syftesbeskrivning och/eller deltagarförteckning (2), felaktig kontering (4) samt att vissa har attesterats av deltagande person (2).

Bedömning

Kostnaderna och representationen bedöms rimliga till sin omfattning och inriktning utifrån de syften som har angetts. Revisionen bedömer att den interna kontrollen inte i alla delar är tillräcklig avseende ledningsnära kostnader och representation.

Rekommendation

- Ledningen för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner av ledningsnära karaktär, samt att attest sker av oberoende part.

3.5 Granskning av Stockholms läns sjukvårdsområdes protokoll

Revisionen har granskat nämndens protokoll under 2019 för att bedöma om dessa uppfyller kraven på protokoll i kommunallagen och språklagen. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervju med kanslichef tillika nämndens sekreterare. Granskningens iakttagelser har överlämnats i en promemoria som faktakontrollerats av förvaltningsledningen.

Protokollsgranskningen omfattar åtta protokoll från januari till december[7]. Samtliga protokoll är förda i samma protokollsmall som avser s.k. ”beslutsprotokoll” dvs. ska redovisa vilka beslut som nämnden fattat. Detta styr protokollens utformning och innehåll.

I nedanstående tabell redovisas resultatet av protokollsgranskningen. Därefter följer kommentarer till kontrollområden som enligt revisionen bör förbättras. En närmare beskrivning av granskningen ges i promemorian.

Tabellen är färgkodad där:

Grön innebär att resultatet enligt revisionen är tillräckligt.

Gul innebär att resultatet enligt revisionen inte är helt tillräckligt.

[7] Granskningen avser protokollen för 2019-01-31, 2019-02-20, 2019-04-09, 2019-06-11, 2019-09-26, 2019-10-23, 2019-11-21 och 2019-12-17.

Röd innebär att resultatet enligt revisionen inte är tillräckligt.

Kontrollområde	Hänvisning till bedömningsgrund	2019-01-31	2019-02-20	2019-04-09	2019-06-11	2019-09-26	2019-10-23	2019-11-21	2019-12-17
Närvaro Protokollen redovisar vilka ledamöter som tjänstgjort och vilka ledamöter som deltagit i besluten	5 kap. 66–67 §§ (KL)								
Protokollen redovisar jävssituationer.	6 kap. 27 §, 30 § (KL).								
Beslutsför Protokollen redovisar vilka förslag och yrkanden som lagts fram och inte tagits tillbaka.	5 kap. 67 (KL)								
Beslut Protokoll redovisar vilka beslut som fattats.	5 kap. 67 (KL)	§1, §4	§4	§4	§4, §23	§4, §23	§4, §18 och §19	§4, §5	§4, §5, §23, § 24
Av fattade beslut är följande beslut otydliga.	5 kap. 67 (KL) och språklagen	§5, § 11,		§7	§6, §7, §8, §11, §12		§8 och §9	§13	§19
Justering Protokollet är justerat inom 14 dagar och anslagsbeviset har tillkännagetts senast andra dagen efter justeringen. Av anslagsbeviset framgår vart protokollet finns tillgängligt och vilken dag det har tillkännagetts. Anslagsbeviset får inte tas bort före överklagandetidens utgång.	5 kap. 69–70 §§ (KL), 8 kap. 12 § (KL), 13 kap.5 § (KL)								
Personalföreträdare Närvarar personalföreträdare i enlighet med kommunallagen	7 kap. 13–14 §§.								
Språk Språket är vårdat, enkelt och begripligt.	11 § språklagen								

Redovisning i ärenden

Samtliga ärenden redovisas med en ärendetitel och i s.k. beslutsärenden redovisas även dess diarienummer och nämndens beslut. Ärendena innehåller inte sedvanliga rubriker för nämndprotokoll som ”ärendebeskrivning”, ”beslut”, ”beslutsunderlag”, ”yrkanden” och ”beslut expedieras till”. Att rubriken ”yrkanden” inte redovisas beror enligt uppgift på att nämndens ledamöter inte representerar ett politiskt parti och uppfattar att de inte kan yrka på ett annat förslag eller reservera sig mot beslutet etc.

I kommunallagen görs ingen skillnad på ledamöter, oavsett om de är utsedda att företräda ett visst politiskt parti eller inte. En nämnd ska fatta de strategiska och övergripande besluten och det yttersta ansvaret vilar på nämndens ledamöter som har ett kollektivt ansvar för verksamheten. Om nämndens verksamhet inte fungerar är det i allmänhet hela nämnden som är ansvarig eftersom situationen ofta är resultatet av en kedja med beslut eller icke-beslut från nämnden. Varje ledamot i en nämnd har dock ett grundläggande aktivitetskrav som innebär att ledamoten ska sätta sig in i uppdraget, i verksamheten och förutsättningar i de ärenden som nämnden hanterar. Den enskilda ledamoten har rätt att kräva bättre beredning av ett ärende, lägga fram förslag till beslut, yrka/yrka på återremiss, reservera sig mot beslutet, begära ett extra sammanträde, väcka nytt ärende i nämnden och ställa krav på information och återrapportering från verksamheten samt hur den ska presenteras.

Beslut

Protokollsgranskningen visar att i s.k. beslutsärenden används oftast inledningen ”Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde beslutade…”. Inledningen används dock inte konsekvent i protokollen.

Nämnden har i flera upphandlingsärenden uppdragit åt sjukvårdsdirektören att genomföra upphandlingen, teckna tilldelningsbeslut samt teckna avtal. Besluten innebär att sjukvårdsdirektören ska fastställa förfrågningsunderlag inklusive kvalitetskraven i upphandlingen. Uppdragen motsvarar i dessa ärenden en delegering av beslutanderätt där det finns en risk för att besluten strider mot kommunallagens delegationsbestämmelse. Nämnden har enligt kommunallagen inte rätt att delegera beslutanderätt i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.

Protokollsgranskningen visar att flera beslut innehåller hänvisning till olika dokument. Genom att protokollen inte innehåller rubriken ”beslutsunderlag” framgår det inte vilket/vilka beslutsunderlag som avses. Dessutom finns flera exempel på beslut som är otydliga.

Protokollsgranskningen visar att nämnden i flera ärenden fattat inriktningsbeslut och uppdragit åt sjukvårdsdirektören att genomföra verksamhetsförändringar[8]. Av besluten framgår varken beslut om återrapportering av uppdragen eller uppföljning av inriktningsbesluten.

Justering

Samtliga protokoll är justerade av nämndens ordförande och vald justerare. Två protokoll (2019-01-31 och 2019-02-20) har två justeringsdatum vilket medför att det är otydligt vilket datum protokollen formellt justerades

För samtliga protokoll har ett så kallat anslagsbevis upprättats.[9] Enligt kommunallagen ska anslagsbeviset tillkännages på regionens anslagstavla senast två dagar från justeringsdatumet. Anslagsbeviset måste finnas på anslagstavlan under hela överklagandetiden (21 dagar). Fyra anslagsbevis tillkännagavs efter mer än två dagar och tre anslagsbevis anger att de skulle vara tillkännagivna kortare än 21 dagar. Risken, med att anslagsbevis anger att de ska tas ned innan överklagandetiden gått ut, är att besluten vid dessa sammanträden inte vunnit laga kraft.

Personalföreträdare

Kommunallagens bestämmelser om personalföreträdare innebär att dessa under vissa förutsättningar har närvarorätt vid nämnders sammanträden. För att förtydliga personalföreträdares närvarorätt fattade nämnden ett antal beslut i januari. Enligt protokollen har en till tre personalföreträdare närvarat

[8] Besluten är: 2019-06-11 § 9, 2019-06-11 § 10, 2019-09-26 § 6, 2019-10-23 § 12, 2019-10-23 § 13, 2019-10-23 § 15 och 2019-11-21 § 13.

[9] Innehåller följer uppgifter: protokollet vid det aktuella sammanträdet har justerats och datum för justeringen, datum för anslagsbeviset uppsättande och nedtagande samt att protokollet finns tillgängligt på SLSO:s huvudkontor.

vid nämndens sammanträden. Personalföreträdare har inte närvarat vid nämndens behandling av upphandlingsärenden. Detta är i enlighet med kommunallagen.

Lagen anger att personalföreträdare har rätt att närvara vid en nämnds behandling av ärenden som rör förhållandet mellan regionen som arbetsgivare och dess anställda. Samma bestämmelse anger även att nämnden i enskilda fall får besluta att personalföreträdare får närvara även vid behandlingen av andra ärenden. Denna utvidgade möjlighet till närvaro är alltså beroende av nämndens beslut och någon generell utvidgning till särskilda grupper av ärenden är inte avsikten[10]. Personalföreträdare har enligt protokollen även närvarat vid övriga ärenden, som t.ex. yttranden, remissvar och anmälningsärenden, utan att nämnden i enlighet med kommunallagen i enskilda fall beslutat om detta.

Språklagen
Som tidigare beskrivits finns exempel på beslut som är otydliga och medför svårigheter för läsaren att förstå, särskilt när protokollen för de allra flesta ärendena saknar ärendebeskrivningar.

Bedömning

Revisionen bedömer att nämnden under året stärkt protokollens följsamhet till krav i kommunallagen och språklagen. Fortfarande återstår en del arbete för att helt uppfylla lagarnas intentioner. Revisionen bedömer bl.a. att det i protokollen tydligare bör redovisas hur förslag och yrkanden lagts fram på sammanträdet, så att det framgår hur nämnden kommit fram till sina beslut. Nämnden bör också kontrollera att inriktnings- och uppdragsbeslut genomförs i enlighet med det nämnden beslutat, genom att fatta beslut om hur uppdragen ska återrapporteras eller följas upp.

För att underlätta för externa läsare, t.ex. medborgare och mottagare av besluten, att ta del av nämndens ställningstagande anser revisionen att besluten bör formuleras på ett enkelt och läsvänligt sätt i enlighet med språklagen. Mer informativa protokoll, t.ex. ärendebeskrivning, redovisning av besluten och ärendets beslutsunderlag, skulle också underlätta för externa läsare.

Revisonen bedömer vidare att nämnden behöver säkerställa att anslagsbevis hanteras så att möjligheten till laglighetsprövning i enlighet med kommunallagen uppfylls.

Revisionen anser att nämnden beslutat om en alltför generell närvarorätt för personalföreträdare, vilket inte är kommunallagens avsikt. Nämnden har inte vid enskilda ärenden beslutat om att personalföreträdare får närvara.

---

[10] Se sid 385 i proposition 2016/17:171 – en ny kommunallag https://www.regeringen.se/496fea/contentassets/5103b8e113a64bd6909596372eddd66a/en-ny-kommunallag-prop.-201617171 hämtad 2020-03-10.

Rekommendationer

- Nämnden bör i sina protokoll redovisa förslag och yrkanden som lagts fram så att det framgår hur nämnden har kommit fram till sitt beslut.
- Nämnden bör komplettera protokollsmallen med rubriker som ger
    - en sammanfattning eller beskrivning av ärendet,
    - redovisning av beslutsunderlag i ärendet,
    - redovisning av mottagare av beslutet.
- Nämnden bör se till att beslut fattas i aktuella ärenden och att protokollen redovisar samtliga beslut på ett enkelt och begripligt sätt.
- Nämnden bör se till att anslagsbevis tillkännages senast andra dagen efter justeringsdatumet och inte tas ner före överklagandetidens utgång.
- Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.

3.6 Textilhantering Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisionen har granskat hur SLSO arbetar för att uppfylla mål fem i regionens miljöprogram 2017-2021[11]. Målet handlar om en effektivare textilhantering och minskad miljöpåverkan från användningen av engångs- samt flergångstextilier i vård och tandvårdsverksamheter. Målet mäts med två indikatorer som tar fasta på 1) miljöhänsyn i regionens klädregler och 2) andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar.

Inom vårdverksamheterna i region Stockholm hanteras en stor mängd textilier. Användningen av engångstextilier har ökat, vilket har en större miljöpåverkan jämfört med flergångstextilier. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram regionövergripande beskrivningar av basala vårdhygienkrav som inbegriper hur textilier ska hanteras. Dessa innehåller inga miljökrav. Det innebär att det inte finns någon beskrivning av i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt och samtidigt är ett fullgott alternativ ur patientsäkerhetssynpunkt.

SLSO:s miljöpolicy är översiktlig och tar inte specifikt upp textilhantering. SLSO:s handlingsplan för miljö tar fasta på effektiv textilhantering med nedbrutna målnivåer. Engångstextilier omnämns inte och SLSO har inga uttalade krav om att engångskläder ska undvikas. Efter att vakanser inom området blivit tillsatta pågår nu arbete med textilfrågor, bl.a. genomgång och ensning i sortimentslista. Uppföljning görs av verksamheters planer för måluppfyllnad. Det är dock oklart vad som händer vid ouppfyllda målnivåer.

SLSO:s hygienrutiner inkluderar arbets- och skyddskläder och omarbetades under 2019. Rutinerna tar fasta på hygienperspektivet och innefattar inte skrivningar om miljö. SLSO avvaktar uppdatering av hygienkrav och

[11] Regionrevisorerna, Textilhantering i Stockholms läns sjukvårdsområde, PM 2019

textilregler från samarbetet mellan RLK Hållbarhet och Vårdhygien för ändring i sina klädregler.

Verksamheterna inom SLSO har miljöombud och om de är större verksamheter har de även miljösamordnare. De grundutbildningar inom miljö som erbjuds är dels regionens generella webbaserade och dels en lärarledd som avropas från ramavtal.

Bedömning

Revisionen konstaterar att klädreglerna vid SLSO inte berör miljöperspektivet eller att hänsyn tagits till miljömål fem i fullmäktiges miljöprogram. Revisionen bedömer att miljöperspektivet för textilier bör inkluderas i befintliga hygienrutiner.

Revisionen bedömer vidare att förtydliganden behövs i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt utan att riskera hygienkrav och patientsäkerhet.

Rekommendationer

Ledningen för SLSO bör se till att

- miljöhänsyn inkluderas i SLSO:s hygienrutiner i enlighet med fullmäktiges miljöprogram,
- förtydligande görs kring användning av engångs- respektive flergångstextilier.

3.7 Två lösningar i vårdens kompetensförsörjningsarbete

Revisionen har i ett särskilt projekt[12] granskat om arbetet med anpassning av arbetssätt och arbetsorganisation styrs systematiskt så att förutsättningar finns att säkerställa rätt kompetens i verksamheten. Bakgrunden är att fullmäktiges mål och budget 2019 understryker att den strategiska kompetensförsörjningen inom sjukvården är ett område där regionen har svårigheter att nå tillräckliga resultat, vilket innebär risker för både verksamhet och patienter.

Granskningen har berört regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens roller och ansvar när det gäller kompetensförsörjning. Granskningen har utgått från två exempel på projekt i verksamheten som syftar till att lösa kompetensbrist, Södertälje sjukhus Bemanningspool och SLSO:s arbete med uppgiftsväxling.

Granskningen har visat att användningen av det huvudsakliga verktyget för kompetensplanering, KOLL i it-systemet ProCompetence, behöver öka inom

[12] Regionrevisorerna, 10/2019, Två lösningar i vårdens kompetensförsörjningsarbete – uppgiftsväxling och bemanningspool

verksamheten för att ge så brett underlag som möjligt för bedömning av tillgång och brist på kompetens.

Revisionen bedömer att SLSO har skapat en fungerande metod för att genomföra uppgiftsväxling i olika verksamheter. Med anledning av det rekommenderar revisionen att nämnden säkerställer att erfarenheterna tas till vara med regelbundna mätningar av utfall av de genomförda uppgiftsväxlingarna så att effektiva åtgärder kan vidtas. Revisionen konstaterar att det är viktigt att SLSO fortsätter det påbörjade arbetet för att säkerställa att KOLL används av fler.

Rapporten har överlämnats till SLSO för yttrande senast 2020-05-28.

3.8 Granskning av den psykiatriska öppenvården

I ett särskilt projekt[13] har revisionen granskat om hälso- och sjukvårdsnämndens och SLSO:s styrning sker så att samverkan, tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs i den psykiatriska öppenvården.

I en enkät som genomförts inom ramen för granskningen ställdes frågan om verksamheterna, i enlighet med nationella riktlinjer och vårdprogram, har en rutin för strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer. Revisionen noterar att en relativt hög andel medarbetare inom såväl vuxenpsykiatrin som barn- och ungdomspsykiatrin inte känner till någon rutin för strukturerad intervju som en del av basutredning. I revisionsrapporten rekommenderar revisionen att ledningen för SLSO bör säkerställa en ökad kännedom bland personalen om vårdprogram och riktlinjer i syfte att öka följsamheten.

Unga vuxnas övergång från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin sker vid 18 års ålder. Idag tillämpas 18-årsgränsen även om vissa patienter fortsatt behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin efter 18-årsdagen i syfte att inte avbryta en behandling som anses alltför omfattande. En skarp åldersgräns för övergång mellan barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården innebär vissa risker, exempelvis att en terapiprocess måste avbrytas. Det finns i avtalen ekonomiska incitament för vårdövergång från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin eller primärvården då patienten fyller 18 år. Primärvården har däremot ingen motsvarande åldersgräns kopplad till ersättning.

Enligt nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom bör vård ges utifrån patientens behov, dvs. anpassat till individen. Revisionen rekommenderar att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatrin till den instans som ska ta över patienten, antingen vuxenpsykiatrin eller primärvården, behöver ses över för att möjliggöra en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder.

---

[13] 4/2019 Psykiatrisk öppenvård – Följsamhet till vårdprogram och riktlinjer samt vårdövergångar

I sitt yttrande[14] över rapporten instämmer nämnden i att personalens kännedom om vårdprogram och riktlinjer ständigt kan förbättras. Vidare anges att SLSO:s verksamhetsområde Psykiatri arbetar systematiskt med att förbättra personalens kännedom om vårdprogram och riktlinjer. Nämnden framhåller även i sitt yttrande en verksamhetsgemensam standard avseende basutredningar för barn- och unga kommer att implementeras.

3.9 Läkemedelsgenomgångar i primärvården

I ett särskilt projekt[15] har revisionen granskat arbetet med läkemedelsgenomgångar i primärvården. Granskningen har visat att läkemedelsgenomgångar genomförs i varierande grad mellan vårdcentraler. Detta kan medföra risk för att vårdcentralerna inte fullt ut erbjuder en jämlik vård. SLSO:s ledning har tagit fram en riktlinje för att styra vårdcentralernas arbete. Revisionen bedömer att riktlinjen följer Socialstyrelsens föreskrifter, men saknar hälso- och sjukvårdsförvaltningens utökade krav på att ytterligare patientgrupper ska erbjudas läkemedelsgenomgångar.

Revisionen rekommenderar SLSO att stärka uppföljningen av vårdcentralernas arbete i syfte att säkerställa att läkemedelsgenomgångar erbjuds på ett likvärdigt sätt.

I SLSO:s yttrande över rapporten framgår att de vidtagit åtgärder inom granskade områden.

3.10 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapporterings-PM för nämnden. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser.

Granskning av den psykiatriska slutenvården

I ett särskilt projekt[16] har revisionen granskat om styrning och planering av den psykiatriska slutenvården sker så att det skapas förutsättningar för att erbjuda invånarna en god, tillgänglig och sammanhållen psykiatrisk vård. Hälso- och sjukvårdsnämnden och SLSO granskades. Revisionens samlade bedömning är att det i vissa delar finns behov av att förbättra och förstärka sättet att styra och planera verksamheten. SLSO:s arbete med en sammanhållen vårdkedja och då specifikt patientövergångar mellan olika vårdgivare behöver förstärkas. SLSO inkom med yttrande 2019-09-10.

3.11 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har granskat inköp och upphandling. Området har inte kunnat bedömas eftersom erforderliga prisbilagor inte erhållits, och kommer att följas upp i kommande granskning.

---

[14] SLSO 19-1730
[15] Regionrevisorerna, Projektrapport 6/2019, Läkemedelsgenomgångar i primärvården.
[16] Regionrevisorerna, 2/2019, Psykiatrisk slutenvård – kapacitet, uppföljning och vårdkedjor.

3.12 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

Revisionen har följt upp rekommendationen som gavs i årsrapporten 2018 angående fullmäktiges mål för kompetensförsörjningsplaner, där ledningen uppmanades säkerställa att sådana skulle upprättas och följas upp. Revisionen bedömer att rekommendationen har åtgärdats.

Revisionen har följt upp rekommendationerna som gavs i revisionens projektrapport 8/2018 Grundläggande arbete med informationssäkerhet[17]. SLSO har redovisat åtgärder för de rekommendationer revisionen lämnat. Revisionen bedömer att rekommendationerna delvis har åtgärdats.

Vid granskning av löneprocessen har det framkommit att riktlinjer för processen saknas. I granskningen identifierades att vissa av de kontroller som ingår i SLSO:s rutiner för internkontroll inte tillämpats under hela 2018 och delar av 2019. Granskningen under 2019 har visat att det kvarstår brister. Andelen utanordningslistor för lön som signerats under perioden januari till augusti uppgår till 47 procent. Lägst var utfallet i augusti då endast 31 procent av utanordningslistorna signerades. Högsta utfallet var i februari med 53 procent. Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor för utbetalning av lön kontrolleras och signeras av respektive chef. Revisionen bedömer att rekommendationerna inte är åtgärdade.

3.13 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämnden på övergripande nivå kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet. Revisionen bedömer att ekonomistyrningen och kontrollen för att reducera antalet enheter med ekonomiskt underskott fortsatt behöver stärkas även om andelen enheter med ekonomiskt underskott har blivit något lägre jämfört med 2018. Revisionen har påtalat detta sedan 2015.

Revisionen bedömer att det är viktigt att nämnden säkerställer att erfarenheter av arbetet med kompetensförsörjning återförs till verksamheten. Nämnden bör även säkerställa att it-stödet KOLL får fler användare.

Revisionen har granskat styrning och planering av den psykiatriska slutenvården och gör bedömningen att hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med SLSO behöver stärka processer och it-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjan. Vidare bedömer revisionen att samverkan inom den psykiatriska öppenvården behöver underlättas i övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin. Detta gäller även för vuxenpsykiatri samt

[17] Landstingsrevisorerna, projektrapport 8/2018 RK2018-0021

primärvård för unga vuxna. Vidare behöver följsamheten till vårdprogram och riktlinjer öka för att säkerställa en jämlik psykiatrisk öppenvård.

Revisionen bedömer att SLSO bör stärka uppföljningen av vårdcentralernas läkemedelsgenomgångar i syfte att säkerställa att dessa erbjuds på ett likvärdigt sätt.

Revisionen bedömer att miljöperspektivet för textilier enligt fullmäktiges miljöprogram bör inkluderas i befintliga hygienrutiner. Förtydliganden behövs i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt.

Baserat på den sammantagna granskningen 2019 så är bedömningen oförändrad jämfört med 2018.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara inte helt tillräcklig. Detta är oförändrat jämfört med 2018.

4 Räkenskaper

I avsnittet görs en bedömning om nämndens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

4.1 Årsbokslutet inklusive verksamhetsberättelse

I granskningen av verksamhetsberättelsen inklusive resultat- och balansräkningen har inte några väsentliga avvikelser framkommit. Räkenskaperna bedöms rättvisande. För ett antal poster i balansräkningen bedöms en osäkerhet finnas i posternas värdering avseende hjälpmedelslagret samt inventarier i anläggningsregistret.

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed, regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

4.2 Redovisning av omställningskostnader

Under 2015 till 2019 uppstår betydande kostnader för vårdens omstrukturering som en följd av genomförandet av FHS. Nämnden har i budgeten för 2019 kompenserats genom ett omställningsbidrag på 32 mnkr för att täcka planerade omställningskostnader. De redovisade omställningskostnaderna uppgår till 36 mnkr.

Revisionen har granskat vilka omställningskostnader förvaltningen haft under 2019. Revisionens bedömning är att omställningskostnaderna är rimliga sett till förvaltningens arbete med FHS-projekten.

4.3 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

4.4 Samlad bedömning av räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed, regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – År 2019

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29948 **Från rapport** 2017 Årsrapport **Tidigare ID** 1292	Nämnden behöver stärka ekonomistyrningen i syfte att nå ekonomisk bärkraftighet inom de enskilda verksamhetsområdena och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat.		**Delår 2019** Andel resultatenheter som visar postitiva resultat har ökat vid delåret 2018 jämfört med föregående år.Revisionen rekommenderade 2017 nämnden att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat. Årets granskning visar att rekommendationen kvarstår. Beroendet av hjälpmedelscentralens resultat bedöms fortfarande vara betydande.
29960 **Från rapport** 2018 Årsrapport **Tidigare ID** 1409	"Nämnden bör säkerställa att delegerade beslutanderätter preciseras så att det tydligt framgår att nämnden behåller ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten."		**ÅR 2019** Delegationsordningen revideras/uppdateras två gånger per år. En gång i kvartal ett, en gång i kvartal tre. Revidering/ uppdatering pågår och beräknas klar i slutet av september 2019.
29961 **Från rapport** 2018 Årsrapport **Tidigare ID** 1410	Nämnden bör ta ställning till vilka ärenden och beslut, t.ex. beslut i upphandlingsärenden, upp till ett visst belopp, som kan betraktas som verkställighetsbeslut eftersom möjligheten till laglighetsprövning försvinner.		**ÅR 2019** Delegationsordningen revideras/uppdateras två gånger per år. En gång i kvartal ett, en gång i kvartal tre. Revidering/ uppdatering pågår och beräknas klar i slutet av september 2019.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36996 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör i sina protokoll redovisa förslag och yrkanden som lagts fram så att det framgår hur nämnden har kommit fram till sitt beslut.	🔴	
36997 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör komplettera protokollmallen med rubriker som geroen sammanfattning eller beskrivning av ärendet, oredovisning av beslutsunderlag i ärendet, oredovisning av mottagare av beslutet.	🔴	
36998 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör se till att beslut fattas i aktuella ärenden och att protokollen redovisar samtliga beslut på ett enkelt och begripligt sätt.	🔴	
36999 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör se till att anslagsbevis tillkännages senast andra dagen efter justeringsdatumet och inte tas ner före överklagandetidens utgång.	🔴	
37000 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.	🔴	

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29944 **Från rapport** 2/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1287	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde behöver stärka kompetensförsörjningen i de habiliteringscentra i länet där det råder kompetens- och kapacitetsbrist i syfte att tillhandahålla jämlika, tillgängliga och kvalitativa insatser.	🟡	

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36774 **Från rapport** 10/2019 Projektrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att erfarenheterna av de genomförda uppgiftsväxlingarna tas till vara med regelbundna mätningar av utfall, så att effektiva åtgärder kan vidtas.		

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29954 **Från rapport** 8/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1365	Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.		**Delår 2019** I avsikt att säkerställa det grundläggande informationssäkerhetsarbetet på samtliga nivåer inom SLSO så har arbetet med att bygga upp ett kompetensnätverk gällande informationssäkerhet initierats. Ansvarsbeskrivningar för rollerna informationssäkerhetskoordinator och informationssäkerhetsombud är framtagna. Som ett led i att säkerställa att en ökad andel medarbetare genomgår DISA så genomfördes en rad insatser innan sommarledigheten.
29955 **Från rapport** 8/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1366	Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.		
29957 **Från rapport** 8/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1367	Styrelsen för SLSO bör säkerställa att roller och ansvar för informationssäkerhetsarbetet tydliggörs och kommuniceras på samtliga nivåer i verksamheten.		
29963 **Från rapport** 2018 Årsrapport	Nämnden bör i enlighet med krav ställda i regionens plan för krisberedskap upprätta en risk- och sårbarhetsanalys som utgångspunkt för verksamhetens strategiska kris- och katastrofberedskapsarbete.		**Delår 2019** Frånvaron av risk- och sårbarhetsanalys och kontinuitetsplanering påverkar i förlängningen förmågan att planera för och säkerställa funktionssäkerhet och robusthet i kritiska

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1413			försörjningssystem för prioriterade verksamheter.
29964 **Från rapport** 2018 Årsrapport **Tidigare ID** 1414	Nämnden bör säkerställa att det på övergripande nivå samt för olika verksamheter arbetas fram kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer i enlighet med ISO 22301:2014.		**Delår 2019** SLSO saknar kontinuitetsplan som, enligt landstingets krisberedskapsplan, ska finnas för kritiska verksamheter och processer.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29934 **Från rapport** 10/2016 Projektrapport **Tidigare ID** 921	Nämnden behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna i Stockholms stad gemensamt se över och stärka vårdkedjan, speciellt för de individer som erbjuds fortsatt behandling vid de lokala beroendemottagningarna. Länkningen i gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst kräver särskild uppmärksamhet. I detta arbete bör även individer som kommit akut till avgiftning och tidigare är okända för öppenvården beaktas.		**ÅR 2019** Revisionen konstaterar att chefssamråd har inletts 2018 mellan Beroendecentrum Stockholm (verksamhetschef och ledning), Psykiatri Södra Stockholm (verksamhetschef och ledning) samt Avdelningen för stadsövergripande sociala frågor, Stockholms Stad (enhetschef och ledning). Gruppen träffas två till tre gånger per termin och har identifierat gemensamma målgrupper för vilka samverkan behöver stärkas. Statistik över mångbesökare har tagits fram. Arbete pågår för att se över och förbättra befintliga rutiner och samverkansprocesser. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
29935 **Från rapport** 10/2016 Projektrapport **Tidigare ID** 954	Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad bör i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt utveckla en skriftlig rutin för informationsöverföring från beroendevårdens slutenvård till socialtjänsten och öppenvården, i syfte att förbättra vårdflödet.		**ÅR 2019** Revisionen konstaterar att Stockholms läns sjukvårdsområde och Stockholms Stad i samverkan har upprättat gemensamma rutiner. En arbetsgrupp har dessutom tillsatts för att ytterligare förbättra samverkan mellan beroendevården och Stockholms Stad. Rekommendationen betraktas om åtgärdad.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29936 **Från rapport** 10/2016 Projektrapport **Tidigare ID** 956	Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt se över när, i vårdprocessen för personer med missbruk/beroende, samordnad individuell vårdplanering (SIP) bör genomföras att öka tillämpningen i enlighet med gällande lagstiftning.		**ÅR 2019** Uppföljning med bedömning har gjorts av de svar och underlag som erhållits. Rekommendationen bedöms som uppfylld.
29945 **Från rapport** 2/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1288	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör utveckla vårdkedjan mellan barn- och vuxenhabiliteringen i syfte att säkerställa att patienter får nödvändiga insatser även efter övergången till vuxenpsykiatrin.		**ÅR 2019** De barn respektive vuxna inom Habilitering och Hälsa som behöver en kontakt med psykiatrin ska få det genom att man från Habiliteringen i sådant fall vid behov skriver en remiss till BUP eller Vuxenpsykiatrin.
29968 **Från rapport** 2/2019 Projektrapport **Tidigare ID** 1520	SLSO behöver tillsammans med Hälso- och sjukvårdsnämnden stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.		
31380 **Från rapport** 6/2019 Projektrapport	Nämnden bör stärka uppföljningen av vårdcentralernas arbete i syfte att säkerställa att läkemedelsgenomgångar erbjuds på ett likvärdigt sätt.		

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS-KRITERIER 2019

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska mål.

2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.

3. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns allvarliga avvikelser som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Intern styrning och kontroll

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och regelefterlevnad.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.

3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.

4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.

5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.

6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.

7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.

Bedömningskriterier

Tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillräcklig

Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns allvarliga avvikelser som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs.

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt landstingets regler och anvisningar.

2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/årsredovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande
Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelser kan förekomma. Eventuella värderings-, klassificerings- och/eller upplysningsfel är inte av sådan karaktär att de väsentligen påverkar bilden av nämndens/styrelsens resultat och ställning.

Inte rättvisande
Räkenskaperna innehåller allvarliga avvikelser i förhållande till bedömningsmålen.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Region Stockholm

REVISIONSKONTORET
RK 2019-0068

DATUM 2020-02-10

Till förvaltningschefen för SLSO

Granskning utförd av Annelie Helmersdotter Eriksson
Kvalitetssäkrad av Anette Carlstedt
Faktakontrollerad av SLSO

PM - Textilhantering

Innehåll

1 RAPPORTERINGSFORM 1

2 GRANSKNINGENS REDOVISNING I REGIONREVISORERNAS ÅRSRAPPORT 2019 2

2.1 Textilhantering Stockholms läns sjukvårdsområde – text i årsapportering 2

3 UTFÖRLIG BESKRIVNING AV GRANSKNINGENS IAKTTAGELSER 3

3.1 Inledning 3

3.2 Hur beaktas miljöhänsyn i SLSO:s klädregler respektive hygienrutiner? 5

3.3 Hur arbetas det med logistik och omsättningshastigheten för textilier i verksamheterna? 6

3.4 Hur informeras och utbildas personal i miljöfrågor? 7

3.5 Hur vägs kostnadseffektivitet gentemot nya lösningar som kräver investeringar? 8

1 Rapporteringsform

I denna promemoria (PM) avrapporteras granskningen av textilhantering och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). I första kapitlet redovisas revisionens iakttagelser och bedömningar som kommer avrapporteras i styrelsens årsrapport. I andra kapitlet, som inte skriftligen kommer att redovisas till de förtroendevalda revisorerna, beskrivs granskningens iakttagelser mer utförligt. I kapitlet ges inom varje enskilt avsnitt en bakgrund till det berörda området och en redogörelse över bland annat relevanta styrande dokument, utredningar och studier. Iakttagelserna som redovisas i PM:et är sådana där någon form av utvecklingsområde konstaterats.

PM:et skickas från revisionskontoret till ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och fyller dels funktionen av att vara underlag för faktagranskning, dels ge en mer detaljerad information om iakttagelserna.

2 Granskningens redovisning i regionrevisorernas årsrapport 2019

2.1 Textilhantering Stockholms läns sjukvårdsområde – text i årsapportering

Revisionen har granskat hur nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) arbetar för att uppfylla mål fem i regionens miljöprogram 2017-2021[1]. Målet handlar om en effektivare textilhantering och minskad miljöpåverkan från användningen av engångs- samt flergångstextilier i vård och tandvårdsverksamheter.[2] Målet mäts med två indikatorer som tar fasta på 1) miljöhänsyn i regionens klädregler och 2) andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar.[3]

Inom vårdverkssamheterna i Region Stockholm hanteras en stor mängd textilier. Användningen av engångstextilier har ökat, vilket har en större miljöpåverkan jämfört med flergångstextilier. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram regionövergripande beskrivningar av basala vårdhygienkrav[4] som inbegriper hur textilier ska hanteras. Dessa innehåller inga miljökrav. Det innebär att det inte finns någon beskrivning av i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt och samtidigt är ett fullgott alternativ ur patientsäkerhetssynpunkt.[5]

SLSO:s miljöpolicy är översiktlig och tar inte specifikt upp textilhantering. Handlingsplanen för miljö tar fasta på effektiv textilhantering med nedbrutna målnivåer. Engångstextilier omnämns inte och SLSO har inga uttalade krav om att engångskläder ska undvikas. Efter att vakanser inom området blivit tillsatta pågår nu arbete med textilfrågor, bl.a. genomgång och ensning i erbjuden sortimentslista. Uppföljning görs på verksamheters planer för måluppfyllnad. Det är dock oklart vad som händer vid ouppfyllda målnivåer.

SLSO:s hygienrutiner inkluderar arbets- och skyddskläder[6] och omarbetades under 2019. Rutinen tar fasta på hygienperspektivet och innefattar inte skrivningar om miljö. SLSO avvaktar uppdatering av hygienkrav och textilregler från samarbetet mellan RLK Hållbarhet och Vårdhygien för ändring i sina klädregler.

Verksamheterna har miljöombud och om de är större även miljösamordnare. De grundutbildningar inom miljö som erbjuds är dels regionens generella webbaserade och dels en lärarledd som avropas från ramavtal.

[1] LS 2015-0092
[2] Mål 5 i regionens miljöprogram (LS 2015-0092): *År 2021 har landstinget effektiviserat textilhanteringen samt minskat miljöpåverkan från användningen av engångs och flergångstextilier.*
[3] 5.1 ”Miljöhänsyn inkluderas i landstingets klädregler” samt 5.2 ”Andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar”
[4] Basala hygienrutiner, HSF, Vårdhygien Stockholms län, 2011-02-08
[5] Nulägesbeskrivning av Stockholms läns landstings miljöpåverkan kopplat till textilhantering (RS 2019-0187)
[6] Basala hygienrutiner - riktlinje för SLSO (SLSO 11-244). Gäller fr o m 2019-09-03

Bedömning

Revisionen konstaterar att klädreglerna vid SLSO inte berör miljöperspektivet eller att hänsyn tagits till miljömål fem i fullmäktiges miljöprogram. Revisionen bedömer att miljöperspektivet bör inkluderas i befintliga hygienrutiner.

Revisionen bedömer vidare att förtydliganden behövs i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt utan att riskera hygienkrav och patientsäkerhet.

Rekommendationer:

Ledningen för SLSO bör se till att

- miljöhänsyn i inkluderas i SLSO:s hygienrutiner i enlighet med fullmäktiges miljöprogram.
- förtydligande görs kring användning av engångs- respektive flergångstextilier.

3 Utförlig beskrivning av granskningens iakttagelser

3.1 Inledning

Produktionen av kläder och textil som säljs i Sverige sker nästan uteslutande i andra länder. Även om en stor del av miljö- och hälsoproblemen uppstår i produktionsledet så återfinns miljöpåverkan i hela kedjan från produktion till konsumtion och avfallshantering.[7] Användningsfasen är näst efter produktionen den fas i textilhanteringen som påverkar miljön mest där främst tvätt och torkning ger upphov till påverkan genom att vara energi- och vattenkrävande, ge utsläpp av textilfibrer, mikroplaster och ämnen som textilierna är behandlade med.[8]

Inom vårdverkssamheterna i Region Stockholm hanteras en stor mängd textilier. Användningen av engångstextilier har ökat för att säkerställa uppfyllandet av vårdhygienrutiner och patientsäkerhet, vilket har en större miljöpåverkan jämfört med flergångstextilier. Engångstextilier finns också ofta tillgängligt på vårdavdelningar till skillnad från förråden för flergångskläder som finns lokaliserade längre ifrån. Kostnaden för arbetskläder i flergångstextilier belastar den övergripande verksamheten, engångskläder bekostas av den enskilda avdelningen. Därtill kommer ett svinn av kläder och textilier inom regionen på ca 12 procent vilket uppskattas motsvara ca 10 mnkr årligen[9]. Svinnet innebär även en onödig miljöbelastning när försvunna textilier måste ersättas med nya. Textilier kan ha RFID-chip insydda i kläderna vilket gör dem spårbara. I stort sett är alla personalkläder chip-märkta, patientkläder är det generellt inte.

Enligt fullmäktige ska regionen år 2021 ha effektiviserat textilhanteringen samt minskat miljöpåverkan från användningen av engångs- och flergångstextiler i vård- och

[7] https://www.naturvardsverket.se/Sa-mar-miljon/Mark/Avfall/Textilavfall/
[8] https://www.naturvardsverket.se/Miljoarbete-i-samhallet/Miljoarbete-i-Sverige/Uppdelat-efter-omrade/Konsumtion-och-produktion/Hallbara-textilier/
[9] Nulägesbeskrivning av Stockholms läns landstings miljöpåverkan kopplat till textilhantering (RS 2019-0187)

tandvårdsverksamheterna. Målet mäts med två indikatorer som tar fasta på 1) miljöhänsyn i regionens klädregler och 2) andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar. Vårdgivare är själva ansvariga för klädregler. Det finns regionövergripande beskrivningar av basala vårdhygienkrav[10] som inbegriper hur textilier ska hanteras. Dessa innehåller inga miljökrav.

Enligt miljöredovisningen 2017[11] påbörjades det året ett effektiviseringsarbete gällande textilhantering i vården. Berörda vårdverksamheter har tagit fram och i viss mån genomfört åtgärder för att förbättra logistiken kring textilhanteringen och därmed även omsättningshastigheten. Målet om effektivare textilhantering har dock ännu inte nåtts och det återstår arbete[12]. Revisionen har därför granskat hur akutsjukhusen och Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO) arbetar för att kunna uppfylla målet om minskad miljöpåverkan från användningen av engångs- och flergångstextiler samt hur Regionstyrelsen styr och följer upp fullmäktiges mål.

Revisionsfråga och delfrågor

Granskningens övergripande revisionsfråga:

Säkerställer akutsjukhusen och SLSO att mål 5 i miljöprogrammet har förutsättningar att uppnås inom programperioden?

I syfte att besvara den övergripande revisionsfrågan har följande delfrågor behandlats:

- Hur beaktas miljöhänsyn i SLSO:s och sjukhusens klädregler respektive hygienrutiner?
- Hur arbetas det med logistik och omsättningshastigheten för textilier i verksamheterna?
- Hur informeras och utbildas personal i miljöfrågor vad gäller textil?
- Hur vägs kostnadseffektivitet gentemot nya lösningar som kräver investeringar?

Metod

Dokumentstudier har gjorts av regiongemensamma rutiner och bestämmelser, sjukhusens lokala klädregler respektive hygienrutiner, centrala myndigheters bestämmelser samt studier av textilhantering. Primärdata har samlats in med hjälp av intervjuer. Intervjupersoner har varit nyckelpersoner och utgjorts av kategorier som tvättcontroller, miljösamordnare, chef på serviceenhet m fl. frågeställningarna har rört aspekter som krav på textilier ur säkerhetsaspekter, miljömässig hänsyn, logistiken idag kring textilhantering samt hinder och förutsättningar för en effektivare hantering. Även frågor kring beteende och vad som styr användningen av engångskläder har berörts.

Avgränsning

I textiler inkluderades arbetskläder, både engångs- och flergångskläder. Andra textiler har inte ingått i granskningen.

[10] Basala hygienrutiner, HSF, Vårdhygien Stockholms län, 2011-02-08
[11] Miljöredovisning 2017 (LS 2017–1112)
[12] Enligt Miljöredovisning 2018 (LS 2017–1112)

Bedömningsgrunder

- Miljöprogram för Stockholms läns landsting 2017-2021 (LS 2015-0092) och tillämpningsanvisning avseende uppföljning av miljöprogram för Stockholms läns landsting 2017-2021 (LS 2016-1486)
- Regionfullmäktiges budget 2019 (LS 2017-1455)
- Vårdhandbokens hygienrutiner och klädregler[13]

3.2 Hur beaktas miljöhänsyn i SLSO:s klädregler respektive hygienrutiner?

En av de indikatorer som mäter miljömål fem är uttryckt som ”miljöhänsyn i regionens klädregler”. Såsom mål fem i miljöprogrammet idag är formulerat tar det endast fasta på kläder och framför allt personalkläder som lättast går att inventera. Befintlig indikator mäter inte övriga textilier och dessa låter sig inte heller enkelt följas upp på omsättningshastighet. Även hygienrutiner berör till viss del textilier, ur ett hygien- och smittoperspektiv.

Iakttagelser i granskningen

- Vårdhygien Stockholm vid hälso- och sjukvårdsnämnden är ägare av Region Stockholms basala hygienrutiner, där arbetskläder omnämns [14]. Dessa berör inte miljöperspektivet.
- Avdelningen Hållbarhet inom regionledningskontoret (RLK) är ansvariga för miljömålet och driver ett nätverk med personer som arbetar med textilier i syfte att utveckla arbetet. Det finns en pågående samverkan mellan RLK Hållbarhet och Vårdhygien som handlar om hur rutiner kring vårdhygien och miljö ska kopplas till varandra. Ännu har inte sådan koppling fastslagits och därmed inte heller fått genomslag i vårdgivares klädregler.
- SLSO:s miljöpolicy[15] är översiktlig. Där står bl.a. att organisationen ska, så långt det är möjligt förebygga skadliga utsläpp och sträva efter minsta möjliga miljöpåverkan. Textilhantering nämns inte specifikt.
- SLSO har sedan juni 2018 en handlingsplan för miljö där målområdet effektiv textilhantering samt minskad miljöpåverkan från användning av engångs- och flergångstextilier ingår. Målet om effektiv textilhantering har brutits ned till målnivåer och med aktiviteter som ska genomföras av respektive verksamhetsområde samt centralt verksamhetsstöd. Ingen aktivitet adresserar engångstextilier.
- Alla verksamheter ska enligt intervjupersoner ha en plan för hur måluppfyllnad ska ske. Uppföljning görs så att planerna ligger i linje med regionens miljöprogram. Enheterna måste också förklara om de inte når satta mål. De uppmanas att följa, men intervjupersonerna har ingen kännedom om vilken, eller om det blir någon, påföljd om målen inte nås.

[13] Nationella riktlinjer från Sveriges regioner och kommuner, www.vardhandboken.se
[14] Basala hygienrutiner, Vårdhygien HSF, version daterad 2011-02-08
[15] Miljöpolicy för SLSO (RIK-06959-v.1.0)

- Hygienrutiner[16] med avsnitt om arbetskläder etc är skrivna ur ett hygienperspektiv och med källhänvisning till styrdokument om hygien. Miljöperspektiv omnämns inte.
- SLSO inväntar referens från Vårdhygien och RLK innan de förändrar sina hygienrutiner och klädregler.
- Byte av ansvarig för hygienrutiner inom SLSO skapade ett arbetsmässigt glapp. Arbetet är åter igång nu. Bl.a. håller en central förteckning på att skapas över ansvariga för textilfrågor ute i verksamheterna samt genomgång av sortimentslistan. Vissa kläder t.ex. operationskläder ska inte finnas tillgängliga för SLSO:s verksamheter.
- Ambitionen är att skapa enhetlighet. Där verksamheter idag gör egna beställningar kan SLSO inte garantera hygienkrav eller plaggens kvalitet, t.ex. tvättålighet. Intervjupersoner menar att de strävar efter att alla ska in i samma hantering som övriga i regionen.
- SLSO deltar i den textilgrupp som RLK hållbarhet håller i. Textilgruppen deltar också i kravställan i det kommande nya textilavtalet som upphandlas inom regionen. Arbetet enligt intervjupersoner pågår med kravspecifikation i ett stort övergripande avtal och särskilt spår för små enheter som har andra behov.

3.3 Hur arbetas det med logistik och omsättningshastigheten för textilier i verksamheterna?

En hygienregel är att textilier som legat mer än 30 dagar måste tvättas om. Arbetskläder är den större delen av dessa textilier. Enligt RLK Hållbarhets nulägesbeskrivning saknas en tydlighet i regionens basala hygienrutiner av i vilka vårdsituationer flergångstextilier är att föredra ur miljösynpunkt och samtidigt är ett fullgott alternativ ur patientsäkerhetssynpunkt.[17] Det är främst arbetskläder som är chipmärkta och därmed spårbara.

Omsättningshastigheten av kläder har betydelse för hygien, miljö och ekonomi. För uteliggande plagg mer än 30 dagar, enligt avtal med leverantör, finns en bonustrappa med årlig återbetalning där procentuell minskning ger en återbetalning av fakturerat belopp för chippade artiklar. Bonustrappan går upp till >45% minskning som ger 3,0% av fakturerat belopp. Textilier som inte återkommit till leverantören inom efter 90 dagar räknas som svinn.

Iakttagelser i granskningen

- Målnivån för andelen uteliggande plagg i mer än 30 dagar i verksamheterna år 2019 ska understiga 35 procent.[18] År 2018 uppmättes 39 procent.
- Aktiviteter för centralt verksamhetsstöd vad gäller textilhantering är enligt handlingsplanen att ”genomföra aktiviteter som bidrar till förbättrad omsättningshastighet, minskat svinn och minskad onormal kassation”.
- Inom SLSO bekostar enheterna samtliga plagg.

[16] Basala hygienrutiner - riktlinje för SLSO (SLSO 11-244)
[17] Nulägesbeskrivning av Stockholms läns landstings miljöpåverkan kopplat till textilhantering (RS 2019-0187)
[18] Handlingsplan för miljö 2018-2021 (PLA-13236-v.2.0)

- Svinn är svårt att få grepp om menar intervjupersoner. De menar att nuvarande avtalskonstruktion försvårar att få tillförlitliga siffror. Det blir en bedömning och där en jämförelse görs med faktiska utgifter. Med nytt avtal och en mer tydlig ekonomisk uppföljningsmodell hoppas intervjupersonerna kunna skapa en bättre drivkraft för att minska svinnet.
- Engångskläder började i märkbar större mängd beställas i en tid då Textilia hade leveransproblem. Dessvärre uppger intervjupersoner, att detta upplevs bekvämt och därför fortsätter dessa beställningar. SLSO har inga uttalade krav om att engångskläder ska undvikas.
- Logistiken kan förbättras. Bl.a. pekas på möjligheter till färre transporter med större närhet till och kontakt med leverantör. Vissa enheter finns vidare inom sjukhus och skulle kunna ha samma leverans som övriga sjukhuset. Befintlig leverantör försöker samköra sina leveranser redan idag.
- Uppföljning sker via månadsvis statistik från leverantören Textilia. Varje verksamhet kan där utläsa andelen uteliggande plagg. Tanken är även att på intranätet publicera en samlad excelfil för hela SLSO där respektive verksamhets resultat går att utläsa. Den fil som revisionen funnit samlade statistik fram till 2018-04-30[19].

3.4 Hur informeras och utbildas personal i miljöfrågor?

Inom RLK hållbarhet har arbetet med miljömål 5 varit eftersatt då ingen haft ansvar att arbeta med det. Tjänsten är sedan snart två år nu besatts och ett nätverk, Textilgruppen, med miljösamordnare har skapats i syfte att få mer sammanhållet arbete i frågan. Även SLSO ingår i denna grupp. Miljösamordnare på sjukhusen har bl.a. efterfrågat mer kunskapsstöd. Som svar på detta har RLK Hållbarhet exempelvis satt samman ett regionövergripande råd med miljösamordnare och -textilcontrollers.

Iakttagelser i granskningen

- Samtliga verksamheter inom SLSO har miljöombud. Större verksamheter har även miljösamordnare som samordnar flera enheters miljöarbete. SLSO:s övergripande och strategiska miljöarbete leds av en miljöstrateg.
- De grundutbildningar inom miljö som erbjuds är dels regionens generella webbaserade och dels en lärarledd som kan avropas från befintligt ramavtal. Textil omnämns inte specifikt i informationen om utbildningarna.
- Intervjupersoner efterlyser centralt utbildningsmaterial, gärna publicerat på Lärtorget. När det gäller vårdhygien har SLSO skallkrav på personal att genomföra årlig utbildning. Uppföljning sker också kontinuerligt med exempelvis en årlig enkät och uppföljningsmöten två gånger per halvår.
- Intervjupersoner understryker vikten av att inte endast kravställa i avtal utan ha en fortsatt dialog med verksamheterna, att genomföra möten för att stämma av läge och även utsänd information.
- Enligt SLSO:s externa hemsida[20] finns en skrivning om att endast använda engångstextilier där sådana inte krävs av patientsäkerhetsskäl. På intranätet

[19] Textil_miljö_20170501-20180430 Uteliggande plagg SLSO
[20] https://www.slso.sll.se/om-oss/miljo/, uttagsdatum 2019-12-19

Finns däremot inget explicit uttryckt utöver en länk till Textilias hemsida och text om orsaker till att inte välja engångstextilier.

3.5 Hur vägs kostnadseffektivitet gentemot nya lösningar som kräver investeringar?

Det finns exempel på lösningar som underlättar. Karolinska universitetssjukhuset har investerat i ett system för att hantera kläder och övriga textilier; s.k. AGV-robotar som hämtar och lämnar tvätt etc vilket har minskat förråden på avdelningarna och med chipmärkningen även minskat svinnet. Det finns på Karolinska även s.k. texi-skåp i anslutning till omklädningsrummen där personalen för att plocka ut kläder måste läsa av sitt e-tjänstekort mot skåpet. Skåpet registrerar vilka klädesplaggen är i syfte att vid tillbakalämning fylla på medarbetarens saldo på nytt.[21]

Iakttagelser i granskningen

- Enligt intervjuer finns tekniska lösningar hos leverantörer och dessa kan behöva matchas hos SLSO. Intervjupersoner förklarar SLSO vara öppna för tekniska lösningar, men texi-skåp är inte aktuellt för verksamheterna.

[21] Miljöredovisning 2018, Karolinska Universitetssjukhuset.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@sll.se.



Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se
Org.nr: 232100-0016

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2019

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2019.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets årsrapport 2019 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer att ekonomistyrningen fortsatt behöver stärkas för att säkerställa långsiktig ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheten.

Vi bedömer sammantaget att SLSO i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll inte har varit helt tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för nämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2020-04-02

Hans-Erik Salomonsson
Hans Peters
Lena Cronvall Morén

Lena Samuelsson
Jan-Erik Nyberg
Leni Björklund

Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2019

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2019.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets årsrapport 2019 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer att ekonomistyrningen fortsatt behöver stärkas för att säkerställa långsiktig ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheten.

Vi bedömer sammantaget att SLSO i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll inte har varit helt tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för nämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2020-04-02

Hans-Erik Salomonsson
Hans Peters
Lena Cronvall Morén

Lena Samuelsson
Jan-Erik Nyberg
Leni Björklund

Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Region Stockholm

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2019

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2019.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets årsrapport 2019 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer att ekonomistyrningen fortsatt behöver stärkas för att säkerställa långsiktig ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheten.

Vi bedömer sammantaget att SLSO i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll inte har varit helt tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för nämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2020-04-02

Hans-Erik Salomonsson

Hans Peters

Lena Cronvall Morén

Lena Samuelsson

Jan-Erik Nyberg

Leni Björklund

Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2019

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2019.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets årsrapport 2019 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer att ekonomistyrningen fortsatt behöver stärkas för att säkerställa långsiktig ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheten.

Vi bedömer sammantaget att SLSO i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll inte har varit helt tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för nämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2020-04-02

Hans-Erik Salomonsson

Hans Peters

Lena Cronvall Morén

Lena Samuelsson

Jan-Erik Nyberg

Leni Björklund

Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2020-04-02

Diarienummer
RK 2019-0032

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2019

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2019.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets årsrapport 2019 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer att ekonomistyrningen fortsatt behöver stärkas för att säkerställa långsiktig ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheten.

Vi bedömer sammantaget att SLSO i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll inte har varit helt tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för nämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2020-04-02

Hans-Erik Salomonsson
Hans Peters
Lena Cronvall Morén
Lena Samuelsson
Jan-Erik Nyberg
Leni Björklund
Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se