REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2023

Stockholms läns sjukvårds-område

Region Stockholm

Sammanfattning – Stockholms läns sjukvårdsområde

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

Bedömning för år 2023

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
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 -280 mnkr, vilket är 481 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 3,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att resultatet understiger fullmäktiges resultatkrav.

Nämnden har under året tagit fram en åtgärdsplan som omfattade åtgärder motsvarande 227 mnkr. Vid bokslutet var den realiserade effekten 70 mnkr. Samtliga vårdgrenar, med undantag för hjälpmedel, redovisar negativa resultatavvikelser. Den främsta orsaken är bemanningskostnader (inkluderat inhyrning) som är 6,8 procent högre än budget och 18,9 procent högre än 2022. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

Nämnden berörs av 15 verksamhetsspecifika mål och uppfyller 12 av dessa. Målen för vårdproduktionen har i vissa delar inte uppnåtts. Det förklaras av svårigheter att bemanna vårdplatser på grund av brist på sjuksköterskor men också av färre inskrivna patienter i ASiH och SÄBO. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som inte helt tillfredsställande.

Intern styrning och kontroll

Revisionen har under året granskat nämndens interna styrning och kontroll avseende bland annat inköp av hjälpmedel, ledningsnära kostnader och lönehantering. Revisionen konstaterar att det fortsatt finns behov av att stärka den interna styrningen och kontrollen inom vissa områden där rekommendationer kvarstår.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms sammantaget, utifrån genomförd granskning, vara tillräcklig.

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.

Innehållsförteckning

1. Årlig granskning 6
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 7
2.1 Ekonomiskt resultat 7
2.2 Verksamhetsmässigt resultat 10
3. Intern styrning och kontroll 13
3.1 Ekonomistyrning 13
3.2 Verksamhetsstyrning 14
3.3 Intern kontroll och riskarbete 15
3.4 Förstudie suicidprevention 15
3.5 Remisshantering 16
3.6 Vården av KOL-patienter – följsamhet till riktlinjer 16
3.7 Patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet 18
3.8 Hot och våld inom avancerad sjukvård i hemmet, ASiH 18
3.9 Inköp av hjälpmedel 19
3.10 Ledningsnära kostnader och representation 20
3.11 Lönehantering 21
3.12 Avrapporterade granskningar i delrapport 21
3.13 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 22
4 Räkenskaper 22
4.3 Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen 22
4.4 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 23
5 Nämndens yttrande över delrapport 2023 23

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Relaterade dokument

Yttrande över delrapport 2023 från Stockholms läns sjukvårdsområde, se sammanträde 2023-12-14.

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

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) ansvarar enligt reglementet för Region Stockholms verksamhet inom primärvård, geriatrik, psykiatri, habilitering, avancerad sjukvård i hemmet, beroendevård, funktionshindersverksamheten enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt hjälpmedelsverksamheten. Detta gäller med undantag för primärvård, geriatrik och vuxenpsykiatri inom Norrtälje kommun samt med undantag för geriatrik inom Salems kommun, Nykvarns kommun och Södertälje kommun.

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 Tina Ekelund med flera vid revisionskontoret och huvudansvarig konsult Carin Hultgren med flera vid PwC.

Revisorernas granskningsuppdrag utförs dels i form av basgranskning som årligen genomförs på alla nämnder/bolag, dels genom fördjupad granskning av specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys.

Under granskningsåret har de förtroendevalda revisorerna träffat nämnden för dialog vid ett tillfälle.

Ett utkast av årsrapporten har stämts av med förvaltningsledningen.

2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om nämnden genomfört 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 2023	Bokslut 2023	Bokslut 2022
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	15 096	15 612	14 084
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 14 895	-15 892	-13 850
Årets resultat	**201**	**-280**	**233[1]**
Balansomslutning (mnkr)	2 497	2 623	2 817
Årsarbetare (antal)	11 600	11 814	11 479

2.1.1. Resultat 2023

Nämndens ekonomi har under året framför allt påverkats av ökade bemanningskostnader och en hög inflation. Det ekonomiska resultatet uppgår till –280 mnkr. Detta är 481 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 3,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

Regionfullmäktige beslutade i budget 2023 om ersättning för tillfälligt ökade pensionskostnader till följd av högre inflation. För SLSO uppgick ersättningen till 1 092 mnkr, vilket innebär att såväl verksamhetens intäkter som kostnader ökat jämfört med året innan.

Nämnden har med anledning av det negativa resultatet planerat och vidtagit åtgärder för en ekonomi i balans, se avsnitt 2.1.3 samt 3.1.

2.1.2. Jämförelse med budget 2023

Intäkter

Verksamhetens intäkter uppgår till 15 612 mnkr, vilket är 516 mnkr (3,4 procent) högre än budgeterat.

[1] Det justerade resultatet 2022, som jämfördes med resultatkravet, uppgick till 428 mnkr efter justering för coronarelaterade poster

Den främsta anledningen är en ökning av erhållna bidrag, jämfört med budget, på 240 mnkr (11,1 procent), och förklaras främst av högre intäkter kopplade till FoUU (ersättning AT-, ST- och PTP-ersättning). Dessutom har SLSO beviljats statligt riktade UPH[2]-medel utöver budget.

Sålda primärtjänster överstiger budget med 108 mnkr (1 procent). I utfallet finns både ökningar och minskningar. De största ökningarna avser tillkommande ersättningar för extra vak och hyror (motsvarande ca 50 mnkr), efter inrapporterad budget, samt tilläggsuppdrag inom BUP (motsvarande ca 50 mnkr). Andra positiva avvikelser avser högre ersättning för bland annat sjuksköterskestudenter och tolkuppdrag samt sålda utbildningar. Fler genomförda besök inom hemsjukvården samt en uppräkning för husläkarmottagningarna bidrar också till det positiva utfallet.

De största minskningarna finns inom vårdvalsområdet, där intäkterna understiger budget med 74 mnkr. Det är framför allt besöken på barnmorskemottagningar och inom barnhälsovården som varit färre än planerat då färre barn fötts under såväl 2022 som 2023. Även besöken inom rehabilitering har varit färre än budgeterat. Där blev också uppräkningen lägre än budgeterat. Avvikelsen för geriatriken är negativ med 25 mnkr och beror till stor del på neddragningar av antalet vårdplatser med anledning av personalbrist. Med anledning av att geriatriken inte nått upp till beslutade volymer har även ett vite på 13 mnkr utfallit. Därutöver har ASiH haft ett lägre remissinflöde än budgeterat.

Patientavgifter har till följd av ökad vårdproduktion överstigit budget med 26 mnkr (9,6 procent).

Intäkterna för försäljning av varor och tjänster, överstiger budget med närmare 49 mnkr (2,8 procent). Merparten av detta avser ökad försäljning inom hjälpmedelsverksamheten.

Övriga intäkter överstiger budget med 94 mnkr (27,2 procent) och förklaras bland annat av ökade externa projektmedel.

Kostnader

Verksamhetens kostnader, exklusive avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 15 731 mnkr, vilket är 1 008 mnkr (6,8 procent) högre än budgeterat.

Personalkostnaderna överstiger budget med 354 mnkr (3,4 procent). Utfallet består av både ökningar och minskningar. Den största ökningen avser personalomkostnader som är 260 mnkr högre än budgeterat. Även kostnaderna för timlön (vikarier), ersättning för frånvaro, sjuklön och övertid överstiger budget med sammanlagt 537 mnkr. Effekten av 2023 års lönerevision resulterade även i en kostnadsökning motsvarande 80 mnkr jämfört med budgeterad löneökning. Den totala månadslönekostnaden har däremot minskat med 566 mnkr jämfört med budget.

Övriga verksamhetskostnader är 468 mnkr (53,7 procent) högre än budget. Kostnader för inhyrd personal förklarar merparten (353 mnkr) av den negativa avvikelsen. Jämfört med 2022 har däremot kostnaden för inhyrd personal minskat med 36 mnkr (9,3

[2] UPH – uppdrag psykisk hälsa

procent). De totala bemanningskostnaderna har utfallit 707 mnkr (6,8 procent) högre än budget.

I övrigt förklaras avvikelsen av att kostnaden för material och varor är 98 mnkr (6,4 procent) högre än budget. Ökade inköp inom hjälpmedelsverksamheten förklarar 67 mnkr (5,4 procent) av ökningen. Utöver ökade volymer finns även en effekt av stigande inköpspriser på grund av inflationen. Kostnader för läkemedel har utfallit 31 mnkr (10,3 procent) högre än budget. Förklaringen anges främst vara ökade kostnader inom öppenvården och kopplas till ökad produktion inom psykiatrisk öppenvård.

Övriga avvikelser avser köpta primärtjänster som överstiger budget med ca 25 mnkr (10,4 procent). Lokal- och fastighetskostnader har ökat med 29 mnkr (2,3 procent), jämfört med budget. Kostnadsökningarna består framför allt i ökade kostnader för hyror och reparationer. Köpt hälso- och sjukvård överstiger budget med drygt 1 mnkr (3,8 procent).

Andra verksamhetsanknutna tjänster överstiger budget med ca 34 mnkr (9,8 procent), och avser framför allt tolktjänster men även tjänster som läkarkonsultationer och anestesi.

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

2.1.3. **Arbete med åtgärder för ett resultat i balans**

Med anledning av ett prognostiserat negativt resultat för 2023 uppmanades nämnden av regionstyrelsen[3] att ta fram en åtgärdsplan för ett resultat i balans. I tertialbokslutet redogjorde SLSO för en övergripande åtgärdsplan som summerade till 227 mnkr.

Åtgärderna avsåg minskade personalkostnader (115 mnkr), minskade kostnader för inhyrd personal (35 mnkr), ökad produktivitet (35 mnkr), minskade administrativa kostnader (26 mnkr), sänkt indexuppräkning för hyror (9 mnkr) samt effektiviseringseffekter av tidigare verksamhetsövergångar till serviceförvaltningen (7 mnkr).

Av verksamhetsberättelsen framgår att nämnden har realiserat 70 mnkr av den beräknade effekten på 227 mnkr för 2023. (Se vidare avsnitt 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning). Inhyrning av personal har minskat med 36 mnkr, produktiviteten har ökat med 22 mnkr och administrationskostnaderna har minskat med 12 mnkr.

Däremot har åtgärder för att minska personalkostnaderna inte gett någon positiv nettoeffekt på resultatet. Dels med hänvisning till lönerevision, dels ökade personalomkostnader där full kompensation inte erhållits. Det har inte skett några effektiviseringseffekter av övergång till serviceförvaltningen, inte heller någon sänkt indexuppräkning för hyror har genomförts.

Enligt åtgärdsplanen behöver omfattande åtgärder vidtas för att nämnden ska kunna uppnå ett resultat i balans 2024 och åren därefter. Åtgärderna behöver utarbetas i dialog med beställarna. SLSO bedömer att verksamheten kan effektivisera motsvarande 295 mnkr (2 procent) under 2024. Hälften avser personalkostnader/minskad

[3] RS 2022-0638

inhyrning och hälften förbättrad produktivitet/effektivitet och omprioriteringar av bland annat it-projekt.

2.1.4. **Investeringar**

SLSO:s investeringar utgörs av ersättningsinvesteringar i medicinskteknisk utrustning, inventarier, informations- och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel.

Årets investeringar uppgår till 213 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 252,4 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 85 procent.

2.1.5. **Bedömning av ekonomiskt resultat**

SLSO:s resultat är 481 mnkr lägre än det av regionfullmäktige beslutade resultatkravet. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 3,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges resultatkrav och mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts. Arbetet med åtgärdsplanen 2023 har endast delvis gett resultat. Det är viktigt att nämnden fortsätter arbetet med åtgärder för att uppnå fullmäktiges resultatkrav och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt. Sammantaget bedöms det ekonomiska resultatet, utifrån genomförd granskning, som inte helt tillfredsställande

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.1.6. **Måluppfyllelse**

Nämnden berörs av 15 av fullmäktiges mål, vilket innebär sammanlagt 52 indikatorer. Med hjälp av indikatorer mäts målen och anses vara uppfyllda om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden. Tolv av fullmäktiges mål är uppfyllda. De tre mål som inte uppfylls är *Ett resultat i balans* (se avsnitt 2.1.3), *2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta* och målet *Systematik kompetensförsörjning*.

För att uppnå målet om ett resultat i balans mäts bland annat indikatorn *resultatenheter med positiv produktivitetsutveckling*. Sammantaget har 62 procent (60 av 97) av resultatenheterna en positiv produktivitetsutveckling, vilket avviker från målet på 70 procent. Utfallet ligger på samma nivå som 2022 men varierar stort mellan vårdgrenarna. Primärvården har minskat sin andel från 63 procent till 58 procent medan psykiatrin ökat sin från 60 procent till 90 procent.

Under målet om resilienta verksamheter finns indikatorer som avser dels andelen implementerade säkerhetsåtgärder avseende informationssäkerhet, dels andelen vidtagna åtgärder av identifierade sårbarheter i risk- och sårbarhetsanalysens åtgärdsplan. Båda dessa indikatorer har inte nått upp till respektive målvärden för 2023. Riskerna inom respektive område har till viss del omformulerats inför 2023 och nya har tillkommit. För båda dessa indikatorer är det framför allt det rådande omvärldsläget som haft negativ påverkan på utfallet.

Under målet om systematisk kompetensförsörjning finns bland annat indikatorer som mäter dels andelen inhyrd personal, dels andelen verksamheter med mer än två procent inhyrd personal. Andelen inhyrd personal har förbättrats med nästan en procentandel jämfört med föregående år men målnivån uppnås ej. När det gäller andel vårdverksamheter med en inhyrning över 2 procent uppgår andelen till 43 procent, vilket är en förbättring med åtta procentandelar jämfört 2022, men, fortfarande långt från

målnivån (30 procent). Inom geriatrik/ASIH finns de flesta enheter med inhyrd personal (67 procent). SLSO når därmed ej måluppfyllelse för någon av dessa indikatorer.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

2.1.7. **Produktion**

SLSO bedriver verksamhet inom sex vårdgrenar; primärvård, geriatrik/ASiH (avancerad sjukvård i hemmet), psykiatri, somatisk specialistvård[4]/habilitering, hjälpmedel och FoUU.

Primärvårdens besök är 1,8 procent högre än budget och jämfört med föregående år en ökning med 3,6 procent. Den största ökningen är inom hemsjukvården (10 procent högre än budget och 11 procent jämfört med 2022) vilket beror på ett ökat vårdbehov och ökad vårdtyngd hos de inskrivna patienterna. På husläkarmottagningarna har besöken varit 1,3 procent färre än budget men i paritet med föregående år.

Produktionen inom *geriatrisk* öppenvård har utfallit 17 procent högre än budgeterat, där bland annat fler besök har genomförts på de kognitiva mottagningarna och på osteoporosmottagningen. Detta kan kopplas till det tilläggsavtal om förstärkt utskrivning som kom 2022, vilket har bidragit till den positiva avvikelsen. I jämförelse med föregående år ligger öppenvårdsproduktionen 58,5 procent högre 2023.

Svårigheter att bemanna vårdplatser inom geriatriken har påverkat produktionsutfallet för slutenvården negativt, 12 procent lägre än budgeterat för 2023. Jämfört med 2022 har dock slutenvårdstillfällen ökat med ca 2 procent.

Läkarbesöken inom SÄBO ligger 6 procent lägre än budget på grund av färre inskrivna än förväntat, och i jämförelse med 2022 har läkarbesöken sjunkit med ca 15 procent.

Utfallet för antal vårddygn i *ASiH* ligger 2 procent lägre än budget. Dels har remissinflödet tidvis varit lägre än förväntat, dels har personalbrist lett till neddragningar av vårdplatser. Även den palliativa vården har under perioder haft ett lågt remissinflöde och utfallet där har varit 18 procent färre vårddygn än budgeterat. Jämfört med verksamhetsåret 2022 ligger ASiH i stort sett kvar på samma nivå, men inom den palliativa verksamheten är produktionen 8 procent lägre än föregående år.

Besöken inom *psykiatrin* har utfallit ca 3 procent högre än budgeterat, och ca 8 procent högre än föregående år då vakanser och hög sjukfrånvaro påverkade produktionen negativt. Största delen av ökningen avser besöken på BUP som ökat ca 13 procent jämfört med budget och är ca 18 procent högre än föregående år. Anledningen är att flera nya BUP-enheter startat under året vilket resulterat i fler besök. Även beroendevården har ett något högre utfall än budget med ca 2 procent. Inom allmänpsykiatrin utfaller besöken på budgetnivå men har ökat med 6 procent jämfört 2022.

Antalet avslutade vårdtillfällen inom psykiatrin har ökat med 1 procent jämfört med budget och är ca 2 procent högre än föregående år. Även här är det BUP som står för den största ökningen med 18 procent högre antal avslutade vårdtillfällen jämfört med budget och 28 procent högre än föregående år. En anledning till utfallet är kortare

[4] Innefattar akademiska specialistcentrum, närakuter, centrum för cancerrehabilitering

vårdtider. Även beroendevården ligger 5 procent högre än budget. Inom allmänpsykiatrin är utfallet 2 procent lägre än budget.

Akademiskt specialistcentrum som utgör en del av vårdgrenen *somatisk specialistvård*, har haft 5 procent fler vårdkontakter än budgeterat (3 500 besök). Verksamheten har haft ett stort remissinflöde som har föranlett en ökad vårdbeställning med motsvarande 4 procent (2 800 besök). Närakuternas produktion för 2023 blev 1 procent högre än budget. Inom centrum för cancerrehabilitering har produktionen utfallit 15 procent lägre än budget och förklaras av en förändring i ersättning då verksamheterna har gått från fast ersättning till nästan enbart rörlig ersättning 2023. Sammantaget har vårdgrenens produktion i stort sett legat på budgeterad nivå för 2023 men utfallit ca 9 procent högre än 2022.

Övrig specialistvård utfaller i nivå med budget och i jämförelse med 2022 har besöken ökat med anledning av utökad bemanning inom främst gynekologi.

Inom *habiliteringen* har produktionen utfallit 3 procent lägre än budget, främst med anledning av svårigheter att rekrytera och nå full bemanning. Även en ökad sjukfrånvaro hos patienterna har noterats vilket lett till inställda besök. Andelen distansbesök utgör 30 procent av den totala besöksvolymen, vilket är i enlighet med planeringen. I jämförelse med 2022 har produktionen ökat med ca 4 procent.

Produktivitet

SLSO mäter produktivitet med hjälp av nämndindikatorerna produktion/kostnad och produktion/arbetad timma. Produktionen mäts genom att öppen- och slutenvård viktas ihop till poäng och kostnaderna indexeras till jämförbar kostnadsnivå och justeras för jämförelsestörande poster, exempelvis covidkostnader.

Produktiviteten mätt som produktion/kostnad (indikator) har ökat med närmare 3 procent mellan åren 2022 och 2023. Målet, en ökning med 1 procent, är därmed uppnått.

Produktiviteten, mätt med hjälp av indikatorn produktion/arbetad timma, visar att målvärdet på >1 procent, nästan uppnås. Sammantaget har arbetade timmar ökat mer än bemanningskostnaderna och förändringen mellan åren ger en produktivitetsökning med 0,7 procent. Det ökade antalet arbetade timmar förklaras framför allt av en lägre sjukfrånvaro.

Tabell: Produktivitetsutveckling fördelat per vårdgren (produktion/kostnad)

Produktion/kostnad	**2021**	**2022**	**2023**
Geriatrik	-0,5	14,2	-0,4
ASiH	1,6	0,8	-3,7
Psykiatri	2,2	0,2	2,9
Primärvård	0,1	1	2,6
Somatisk specialistvård	5,4	-0,3	7,6
Habilitering	4,8	0,2	4,4
Totalt SLSO	**1,6**	**0,8**	**2,6**

2.1.8. **Bedömning av verksamhetsmässigt resultat**

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Det är dock viktigt att nämnden fortsätter att arbeta med kompetensförsörjningen för att säkra en tryggad bemanning.

Sammantaget bedöms det 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 Ekonomistyrning

Nämndens resultat för 2023 avviker med -481 mnkr mot regionfullmäktiges resultatkrav.

För att nå resultatkravet på 201 mnkr beräknades i verksamhetsplanen ett effektiviseringsbehov på 305 mnkr (2,2 procent). Det bedömdes dock som osäkert om det skulle kunna uppnås med stigande inflation och minskat statsbidrag. Nämnden fick av regionstyrelsen[5] i mars i uppdrag, att senast i samband med tertialrapporteringen återkomma med en åtgärdsplan för att dels effektivisera verksamheten och sänka kostnadsnivån, dels påskynda omställningen mot en ökad andel primärvård.

Nämnden beslutade i samband med tertialrapporten om en åtgärdsplan (bilaga till tertialrapporten) omfattande ekonomiska effekter motsvarande 227 mnkr. Effekthemtagningen bedömdes dock fortfarande som osäker.

I delårsrapporten prognostiserades årets resultat till -100 mnkr och den beslutade åtgärdsplanen på 227 mnkr prognostiserades få full effekt på helåret. I månadsrapporten per oktober justerades prognostiserat resultat för helår till -275 mnkr. Vid bokslutet blev utfallet -280 mnkr och den ekonomiska effekten av åtgärdsplanen resulterade i 70 mnkr, dvs. drygt 30 procent av planerade effekter.

Flera orsaker anges vara anledning till att SLSO inte nått full ekonomisk effekt av åtgärdsplanen. Bemanningskostnaderna, inklusive inhyrning, har överstigit budget med 707 mnkr. Kompensation för ökade personalomkostnader har inte fullt ut täckt den faktiska ökningen, motsvarande 244 mnkr. Även högre kostnader för bland annat material och hyra, på grund av hög inflation, är andra anledningar samt ett högre utfall av 2023 års lönerevision (Se vidare 2.1.3).

SLSO:s resultat har under flera år fått ett positivt tillskott från hjälpmedelsverksamheten som har kompenserat för underskott i andra delar av verksamheten. För 2022 redovisades ett nettoöverskott på 85 mnkr, det vill säga 63,6 mnkr över budget. För 2023 redovisar samtliga vårdgrenar negativa resultatavvikelser, med undantag för

[5] Avstämning av Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022-0638

hjälpmedel. Resultatet för hjälpmedelsverksamheten har dock bidragit med ett lägre nettoöverskott på 48,5 mnkr, 3,5 mnkr högre än budget.

För att stärka den ekonomiska styrningen och uppföljningen har en utveckling av analysarbetet skett. Kontinuerliga månadsuppföljningar sker på verksamhetsnivå och vid behov upprättas åtgärdsplaner. För att kunna vidta proaktiva åtgärder används rullande 12-månadersprognoser.

Bedömning

Nämnden har regelbundet fått information om det ekonomiska läget och fattat beslut om åtgärdsplan. De beslutade åtgärderna för en ekonomi i balans har inte gett förväntad effekt och årets resultat understiger resultatkravet med 481 mnkr. Nämnden behöver fortsätta arbetet med åtgärdsplanen under 2024 och vidta ytterligare åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

3.2 Verksamhetsstyrning

Den 11 december 2023 tillträdde den nya närsjukvårdsdirektören för SLSO, tidigare kallad sjukvårdsdirektör. Nämnden har under året haft 10 ordinarie nämndmöten och två extrainsatta möten med beslut per capsulam. Utöver tertialrapport och delrapport har månadsrapporter lämnats vid sex tillfällen under 2023. Verksamhetsberättelsen beslutades om i februari 2024. Vid nämndmötena föredrar närsjukvårdsdirektören ärende och lämnar muntlig information till nämndens ledamöter om nämndens ekonomi och verksamhet. Det finns en fast punkt på dagordningen för närsjukvårdsdirektörens rapport.

Nämnden följer i tertial- och delårsrapport upp indikatorer och prognos för måluppfyllelse. I verksamhetsberättelsen redogörs för nämndens måluppfyllelse på helår.

Nämnden har nått måluppfyllelse för 12 av 15 mål som nämnden, enligt regionfullmäktiges beslut, går mot. Måluppfyllelsen mäts genom indikatorer där mer än hälften av indikatorerna ska vara gröna för att målet ska anses uppfyllt. De mål som nämnden inte uppfyller, och som redogörs för i verksamhetsberättelsen, är ekonomi i balans, mål 2035 om resilienta verksamheter i Region Stockholm samt systematisk kompetensförsörjning (se avsnitt 2.2.1). Av rapporteringen framgår att nämnden arbetar med frågor kopplade till målen. Bland annat har det genomförts utbildningsinsatser, kompetensplanering samt införande av regionens karriärmodell för att stärka kompetensförsörjningen. Region Stockholms arbetsmiljösatsning har också bidragit till att finansiera särskilda satsningar för att främja hållbara och hälsofrämjande arbetsplatser.

Varje vårdgren tar utifrån SLSO:s verksamhetsplan fram styrkort med aktiviteter och indikatorer för sina respektive områden. Indikatorer i styrkorten har följts upp i samband med uppföljningen av tertial- och delårsuppföljningen samt i samband med verksamhetsberättelsen. Av nämndens uppföljning av indikatorer framgår att sammantaget 62 procent av resultatenheterna (60 av 97), har en positiv produktivitetsutveckling, vilket avviker från måltalet om 70 procent. Utfallet ligger på samma nivå som föregående år, men varierar mellan vårdgrenarna. Primärvården har till exempel minskat sin andel av produktivitetsutveckling från 63 procent till 58 procent medan psykiatrin ökat sin från 60 procent till 90 procent.

Bedömning

Nämnden uppnår 12 av 15 mål. Planering och uppföljning av verksamheten sker enligt regionens riktlinjer. Nämnden har även tagit fram egna styrkort för planering och uppföljning på verksamhetsnivå. Verksamhetsstyrningen sker på ett i allt väsentligt tillfredsställande sätt.

3.3 Intern kontroll och riskarbete

SLSO:s arbete med intern kontroll sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande riktlinje för intern kontroll[6]. SLSO är även certifierade enligt ISO 9001 för kvalitet, ISO 45001 för arbetsmiljö och ISO 14001 för miljö. Att systemen följs och fungerar säkerställs genom en särskild årlig intern och extern revision.

I planen för intern kontroll för 2023 har SLSO identifierat ett antal risker för verksamheten. Under året har riskerna följts upp och analyserats. Riskerna med högst riskvärde (>12) är *En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, Hantering av icke bärkraftiga verksamheter*, *Ökad svårighet att rekrytera personal* samt *Övervältring av administration på vårdpersonal*. Beskrivna åtgärder för att hantera/minimera ovan nämnda risker är bland annat följande: En regelbunden uppföljning sker av ekonomi och verksamhet där verksamheternas ekonomiska bärkraftighet analyseras månatligen. Verksamheterna arbetar lokalt med kompetensförsörjningsfrågorna men under året har förvaltningen påbörjat arbetet att ta fram en övergripande kompetensförsörjningsplan. För att minska den administrativa bördan för kärnverksamheterna har förvaltningen under året sett över de administrativa processerna och har identifierat fortsatta utvecklingsbehov.

Två nya, inom regionen, obligatoriska risker tillkom 2023. Det var felaktiga externa utbetalningar och risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen. SLSO bedömer att båda dessa tas om hand inom redan etablerade uppföljningar och kontroller och de har därför ett lågt riskvärde i riskplanen.

Bedömning

Revisionen bedömer att SLSO:s interna arbete med intern kontroll och riskarbete sker på ett i allt väsentligt tillfredställande sätt. Nämnden bör för att nå upp till fullmäktiges och nämndens egna mål fortsätta arbetet med de vidtagna åtgärderna och analysarbetet inom ekonomi och verksamhetsuppföljning samt arbetet med den övergripande handlingsplanen för kompetensförsörjning.

3.4 Förstudie suicidprevention

Under våren 2023 genomfördes en förstudie av suicidprevention. Revisionen beslutade att inte gå vidare med granskningen då förstudien pekade på en bristande implementering av strategin utom i hälso- och sjukvårdsnämnden och till viss del i trafiknämnden.

Regionfullmäktige beslutade år 2020 om en strategi för suicidprevention[7]. Det suicidpreventiva arbetet i Region Stockholm ska enligt strategin utgå från tre nivåer vilket

[6] Riktlinje för intern kontroll, RS 2022-0326

[7] RS 2020–0456

innebär att insatserna ska rikta sig till olika målgrupper i befolkningen baserat på risknivå. Strategin poängterar samverkan med andra myndigheter och krav gentemot leverantörer. Varje nämnd och bolag har i uppdrag att, utifrån relevans, planera för suicidpreventiva åtgärder och uppföljning av dessa.

SLSO har ingen handlingsplan för suicidprevention. Däremot följer nämnden den av fullmäktige beslutade indikatorn *Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård*.

SLSO Psykiatri har tagit fram gemensamma anvisningar och arbetssätt för suicidpreventivt arbete, samt åtgärder när suicid inträffat i vården. Anvisningarna utgår från Region Stockholms övergripande strategi för suicidprevention.

SLSO härbärgerar också Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) som är ett forskningscentrum i samverkan mellan Karolinska Institutet och Region Stockholm.

3.5 Remisshantering

I ett särskilt projekt[8] har revisionen granskat remisshantering med utgångspunkt i Socialstyrelsens förskrift om ansvar för remisser och Region Stockholms övergripande regelverk för remisshantering.

Revisionen bedömer att SLSO, i granskade verksamheter, till stor del uppfyller kraven på dokumenterade rutiner för verksamheterna enligt Socialstyrelsens förskrift. Revisionen uppfattar dock att rutiner för att bevaka remisser inte följs fullt ut, utan att det förekommer att ansvaret för att bevaka att remisser omhändertas överlämnas till patienten, trots att det är verksamhetens ansvar. Revisionen ser en risk för att praxis utvecklas olika mellan SLSO:s verksamheter och att patienter får olika bemötande.

SLSO bör därför stärka uppföljningen av att fastställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs avseende remissbevakning.

Vidare bedömer revisionen att det saknas systematisk uppföljning av följsamhet till dokumenterade rutiner och regelverk avseende remisshantering. SLSO:s ledning bör därför stärka uppföljningen av efterlevnaden av dokumenterade rutiner och regelverk, i syfte att säkerställa en enhetlig remisshantering. Vidare menar revisionen att SLSO:s ledning bör genomföra åtgärder för att säkerställa en enhetlig avvikelserapportering avseende remisshantering.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till SLSO för kännedom.

3.6 Vården av KOL-patienter – följsamhet till riktlinjer

Revisionen har i ett särskilt projekt låtit granska om styrning och uppföljning av vården av KOL-patienter i primärvården är tillräcklig för att säkerställa att dessa patienter får

[8] Regionrevisorerna, Projektrapport 6/2023 Remisser – en länk i vårdkedjan

en god vård.[9] Granskningen avser inte vården av enskilda patienter.[10] Granskningen omfattar primärvårdsnämnden och SLSO.

Vårdcentraler inom SLSO förbinder sig att ge vård i enlighet med nationella riktlinjer och regionala vårdprogram. Inom SLSO ansvarar respektive verksamhetschef för att åtagandet som fastställs i förfrågningsunderlaget av primärvårdsnämnden, som är beställaren, fullföljs. Revisionen bedömer sammantaget att det inom Region Stockholm finns en tydlig ansvarsfördelning och styrande dokument för vården av KOL-patienter.

Granskningen visar att de flesta av de granskade vårdcentralerna har låg följsamhet till behandlingsriktlinjerna vilket innebär en risk för att KOL-patienter inte får en tillräckligt bra vård. KOL-patienters lungfunktion bör enligt Socialstyrelsen följas årligen. Mellan januari 2022 och juli 2023 har spirometri erbjudits knappt 30 procent av KOL-patienterna.[11]

Revisionen konstaterar att det finns stora variationer mellan vårdcentraler när det gäller hur och med vilken frekvens som uppföljning sker. Vårdcentralerna använder journalsystemet TakeCare. Revisionen noterar att vårdcentralerna inte alltid använder stödet.

Vårdcentralerna är skyldiga att registrera i kvalitetsregister. Granskningen visar att det finns stora variationer i huruvida mottagningarna är anslutna till kvalitetsregister, bland annat Luftvägsregistret, och om de därmed registrerar data. Revisionen konstaterar att om vården av KOL-patienter ska kunna följas upp måste det finnas data för uppföljning.

Revisonens samlade bedömning är att SLSO delvis har en tillräcklig styrning och uppföljning för att säkerställa god vård för KOL-patienter och att kraven på vårdcentralerna är tydliga. SLSO behöver dock stärka uppföljningen för att säkerställa att riktlinjerna efterlevs på vårdcentralerna. Ledningen för SLSO rekommenderas att se till att patientinformation kring KOL kommuniceras och finns tillgänglig för patienter via olika kanaler och olika format, till exempel patientutbildning och skriftlig behandlingsplan. Ledningen rekommenderas även att säkerställa anslutning till Luftvägsregistret för samtliga vårdcentraler inom SLSO.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2024-04-30.

[9] Regionrevisorerna, Projektrapport 7/2023 Vården av KOL-patienter – följsamhet till riktlinjer i primärvården.

[10] Patienter kan även ha andra sjukdomar som innebär att avsteg från riktlinjerna behöver göras av medicinska skäl.

3.7 Patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet

I ett särskilt projekt[12] har revisionen granskat om patientsäkerheten är säkerställd vid användning av medicinteknisk utrustning i hemmet. Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Karolinska universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus. SLSO har granskats utifrån sitt ansvar för Medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH) och Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH). Granskningen har omfattat andningshjälpmedel, dialysmaskiner och pumpar för smärtlindrande läkemedel.

När förskrivande vårdpersonal har identifierat patientens behov och vilken medicinteknisk utrustning som är bäst lämpad läggs en beställning till MAH i de fall MAH enligt avtal är ansvariga för att leverera utrustningen. MAH lagerhåller produkter och installerar dem vid behov i patientens hem. MAH ansvarar även för service och underhåll av de produkter de lämnat ut. Revisionen konstaterar att MAH har väldokumenterade rutiner för service och underhåll och i granskningen har det inte framkommit något som tyder på att tekniska problem påverkat patientsäkerheten. Revisionen bedömer att den tekniska patientsäkerheten med avseende hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet är säkerställd.

ASiH genomför kontinuerligt vidareutbildning av sin personal för att säkerställa tillräcklig kompetens kring den medicintekniska utrustning som finns i patientens hem. Revisionen bedömer att ASiH genom detta, sitt totalansvar för och täta kontakter med patienterna säkerställer patientsäkerheten kopplad till medicinteknisk utrustning i hemmet.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom.

3.8 Hot och våld inom avancerad sjukvård i hemmet, ASiH

I ett särskilt projekt[13] har revisionen granskat om Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) säkerställer förutsättningar för en tillräcklig arbetsmiljö avseende hot och våld inom ASiH.

Hot och våld på arbetsplatsen är att betrakta som en arbetsmiljöfråga. Enligt arbetsmiljölagen är det arbetsgivaren som ansvarar för arbetsmiljön. I arbetsgivaransvaret ingår både förebyggande arbetsmiljöarbete, åtgärdande av konstaterade brister och individuella insatser. Inom ramen för denna granskning är det nämnden för SLSO som är arbetsgivare och som därmed ansvarar för arbetsmiljön inom ASiH.

ASiH väntas framöver utgöra en allt större del av hälso- och sjukvården och därför är det viktigt att arbetsmiljön inom verksamheten lever upp till den reglering som finns på arbetsmiljöområdet. När det gäller arbetsmiljö med avseende på hot och våld inom ASiH kan det röra sig om hot eller våld från patienten själv, från anhöriga eller annat i

[12] Regionrevisorerna, Projektrapport 12/2023 Patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet

[13] Regionrevisorerna, Projektrapport 5/2023 Hot och våld inom avancerad sjukvård i hemmet

patientens omgivning, exempelvis att bostadsområdet utgör ett hot mot vårdpersonalen. Innan ASiH påbörjas hos en patient genomförs en riskbedömning avseende patienten, patientens boende, bostadsområde, med mera.

Incidenter och avvikelser som inträffar i verksamheten ska rapporteras i regionens avvikelsesystem Händelsevis. Granskningen visar att incidenter med hot och våld i verksamheterna underrapporteras, vilket gör att det saknas en samlad dokumentation av förekomsten av hot och våld inom ASiH. Förvaltning och nämnd behöver ha kännedom om förekomsten av hot och våld för att kunna arbeta förebyggande och vidta adekvata åtgärder. Revisonen menar därför att SLSO bör följa upp förekomsten av hot och våld inom ASiH, i syfte att skapa en samlad dokumentation för analys och förebyggande arbete på området.

SLSO har en anvisning om hot och våld i arbetsmiljön där ansvaret för arbetsmiljön avseende hot och våld överlåts till verksamheternas verksamhetschefer. Anvisningen är emellertid inte beslutad av nämnden för SLSO, utan enbart på tjänstemannanivå. Följsamheten till anvisningen har inte följts upp av nämnden. I nämndens delegationsordning finns heller ingen vidaredelegering av arbetsuppgifter avseende arbetsmiljö inom ASiH. Revisionen anser att nämnden, i enlighet med regionens medarbetarpolicy, bör delegera arbetsmiljöuppgifter avseende hot och våld inom ASiH för att tydliggöra hur arbetsmiljöarbetet är fördelat i SLSO:s organisation.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till SLSO för yttrande senast 2024-03-05.

3.9 Inköp av hjälpmedel

Under 2021 genomförde revisionskontoret en granskning avseende inköp av hjälpmedel, både varuinköp och köp av tjänster (rekonditionering, dvs. reparera och göra rent produkten). I granskningen noterades bland annat otydlighet i ansvar och roller, såväl internt inom beställande verksamhet som leverantörernas. Vidare noterades brister i avstämningsrutiner av fakturor samt avvikelser avseende fakturerade priser gentemot avtal.

Revisionskontoret genomfört en uppföljande granskning som syftar till att bedöma om nämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den rekommendation som lämnades i årsrapporten för 2021.

Granskningen har genomförts genom granskning av styrande och stödjande dokument (instruktioner), bland annat nytillkomna styrdokument avseende produktavvikelse och rutinbeskrivning för leverantörsreskontra för förbrukningshjälpmedel hemmet. Därutöver har bland annat intervjuer samt stickprovskontroller genomförts. Stickproven omfattar fyra leverantörer/avtal och totalt 16 fakturor under perioden januari-oktober 2023. Verifiering har gjorts i syfte att bedöma om transaktionen är korrekt hanterad med avseende på åtta kontrollpunkter[14].

[14] Kontrollpunkterna: giltigt avtal, prestation, fakturaunderlag, pris, betalningsvillkor, krav på verifikation, attest, kontering

Varuinköp

Med varuinköp avses hjälpmedel. Inköpen sker via inköpssystemet SESAM2 och är avtalsstyrda. Fakturorna kontrolleras genom automatisk matchning av faktura mot beställning. Vid eventuella avvikelser ska fakturan stoppas för manuell kontroll och utredning. Enligt de nya uppdaterade rutinerna ska upphandlarna lägga in samtliga avtalade priser, inklusive eventuella prisjusteringar, i avtalskatalogen. På så sätt kan verksamheterna hämta korrekta priser och kvalitetssäkra uppgifterna i SESAM2.

Granskningen visar att samtliga granskade fakturor överensstämmer med inköpsorder och uppgifter i SESAM2. Hälften av de granskade fakturorna går dock inte att stämma av mot avtalat pris då de fakturerade artiklarna saknas i prislistorna. Jämfört med utfallet av stickprovsgranskningen 2021 har två av kontrollpunkterna; giltigt avtal och pris, ett bättre utfall 2023. För resterande kontrollpunkter visar 2023 års granskning på samma utfall som tidigare granskning, dvs. inga avvikelser.

Köp av tjänster

Med köp av tjänster åsyftas rekonditionering samt tillhörande material. Även dessa inköp hanteras via systemet SESAM2. I samband med nya rekondupphandlingar har SLSO successivt börjat införa en ny process som innebär att leverantörerna ska återrapportera tjänster och material separat på en aktivitet knuten till kundordern. På så sätt kan personal, som beställt rekonduppdraget, göra en rimlighetsbedömning av materialåtgång samt en kontroll av utförda rekonditioneringar. Fakturor för vilka pris inte finns i systemet ska skickas tillbaka till berörd verksamhet för godkännande av kostnaden

Granskningen visar att sex av åtta fakturor som ingick i stickprovskontrollen, inte kunde stämmas av mot avtalat pris då de beställda artiklarna saknades i prislistorna. Fyra av åtta fakturor (en leverantör) saknade leverantörens momsregistreringsnummer vilket strider mot mervärdesskattelagen[15]. Jämfört med utfall av stickprovsgranskningen 2021 har två kontrollpunkter; prestation och fakturaunderlag, ett bättre utfall 2023. För två kontrollpunkter; pris och krav på verifikation, är utfallet sämre för 2023.

Bedömning

SLSO har vidtagit åtgärder för att förbättra rutinen för inköp av hjälpmedel, dessutom har roller och ansvar tydliggjorts. Utifrån genomförd verifiering visar granskningen fortfarande på avvikelser där det saknas fullständiga prislistor i systemet som gör det möjligt att stämma av pris för en köpt artikel. Vid köp av tjänst är återrapporteringen fortfarande manuell vilket innebär en större risk för felaktigheter. Åtgärder har genomförts för att förbättra avstämningsrutinerna men granskningen visar på fortsatta avvikelser. Rekommendationen bedöms därför kvarstå.

3.10 Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har i samband med delårsrapporten granskat ledningsnära kostnader och representation för perioden januari – augusti och har därefter kompletterat granskningen för året med september – december 2023. Sammantaget har 45 leverantörsfakturor/redovisningstransaktioner granskats med avseende på syftesbeskrivning,

[15] 11 kap. 8 § 3 ML (2023:200)

deltagarförteckning, kontering, momsavdrag, attest samt attestants oberoende, det vill säga att attestant inte själv konsumerat eller använt varan/tjänsten.

Samtliga 45 granskade fakturor bedöms korrekt hanterade med avseende på kontrollpunkterna. För sammanlagt fyra granskade fakturor noteras avvikelse i form av felkontering.

Bedömning

Den intern kontrollen avseende syftesbeskrivning, deltagarförteckning, momsavdrag, attest samt attestants oberoende bedöms som tillräcklig. Tidigare lämnad rekommendation[16] är därmed åtgärdad.

Däremot finns fortsatt brister avseende kontering av fakturor. Revisionen kommer fortsatt följa frågan.

3.11 Lönehantering

Revisionen har granskat lönehanteringen som även omfattat en genomgång av utfallet av chefers attest av utanordningslistor för lön för hela året 2023. Revisionen har inhämtat utanordningslistor för respektive månad under 2023. Andelen signerade utanordningslistor uppgår till 54 procent, vilket är samma nivå som föregående år.

Det genomförs inte någon strukturerad eller dokumenterad intern kontroll avseende lönehantering, i likhet med tidigare år. Det sker heller inga strukturerade eller dokumenterade stickprovskontroller avseende förändring av fast data i lönesystemet.

Utifrån genomförd granskning bedömer revisionen att SLSO:s interna kontroll i lönehanteringen inte är helt tillräcklig. Tidigare lämnade rekommendationer[17] kvarstår.

3.12 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapport för nämnden. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna rapport.

Granskning av slutenvårdens vattenförsörjning

Revisionen har i ett projekt[18] granskat slutenvårdens vattenförsörjning inom Region Stockholm. Revisionen bedömer att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas för att begränsa påverkan på vården i händelse av en störning. SLSO rekommenderades därför att säkerställa att kunskapen hur konsekvenser av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet samt att SLSO medverkar till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.

Granskning av digitalisering och tillgänglig vård efter behov

Revisionen har granskat SLSO:s digitaliseringsarbete och avrapporterat arbetet i delårsrapporten[19]. Revisionen bedömer att det finns ett behov att utveckla former för

[16] Rekommendation 36993

[17] Rekommendationer 29929, 29942

[18] Regionrevisorerna, Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning

[19] Regionrevisorerna, Delrapport 2023

styrning och uppföljning av införande av digitala tjänster i syfte att säkerställa nyttor och samordningsfördelar. Likaså bedömer revisionen att SLSO kan stärka sin uppföljning och utvärdering av effekter av digitala tjänster i vården i syfte att säkerställa en tillgänglig vård efter behov. SLSO rekommenderades därför att ta ställning till strategiska vägval i för att stärka sin styrning och uppföljning.

Vårdöverenskommelser

Revisionen har granskat SLSO:s interna arbete med vårdöverenskommelser om att utföra vård. Frågor som rör ersättning kommer ofta in sent i processen, ibland under tidspress och påverkansmöjligheterna uppges små, trots att det är frågor som har störst påverkan på verksamheten. Revisionen bedömer att dialogen med hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör stärkas avseende ersättningsmodeller.

3.13 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har granskat hantering och kontroll avseende kostnaderna för laboratorietjänster där SLSO köper laboratorietjänster genom avtal som hälso- och sjukvårdsnämnden tecknat med Karolinska universitetssjukhuset och Unilabs AB, ett så kallat hängavtal.

Granskningen har visat att SLSO följer den rutinbeskrivning som finns för fakturahantering i FUMS[20]. Granskningen visar också att verksamheten har arbetsmoment/egenkontroller i form av varningsfunktioner i systemet, dualitet vid utbetalningar med rimlighetskontroller samt månatliga stickprovskontroller som fakturahandläggare vid SLSO genomför.

FUMS är under utveckling och en ny version planeras driftsättas i september 2024. Revisionen kommer fortsatt följa hantering och kontroll av kostnader för laboratorietjänster efter att den nya versionen är driftsatt.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och regionens anvisningar så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

4.3 Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen

SLSO har under året erhållit ersättning för ökade pensionskostnader på 1,1 mdkr. I SLSO:s resultaträkning har denna intäkt redovisats som ”erhållna bidrag men borde ha redovisats som ”sålda primärtjänster”. Hanteringen har ingen resultatpåverkan och påverkar därmed inte bedömningen av om räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultatet. Felklassificeringen elimineras på regionnivå i regionkoncernens årsredovisning.

[20] E-tjänst som används inom öppenvården för att granska och kontrollera kostnader för medicinsk diagnostik

Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen i verksamhetsberättelsen är i allt väsentligt upprättad enligt god redovisningssed samt enligt regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

4.4 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.

Skuldförda projektmedel

I granskning genomförd 2022 noterades risk för väsentliga fel i posten projektmedel då förvaltningen balanserat förutbetalda bidragsintäkter och bedömt dessa som balansgilla. SLSO har sedan dess tagit fram nya dokumenterade rutiner avseende projektuppföljning och fakturerar numer kostnader i efterskott. Regionen har även startat ett nätverk med personer som jobbar med projekt där medarbetare från SLSO ingår.

Utifrån uppföljning gör revisionen bedömningen att det inte längre föreligger någon risk för väsentliga fel i posten projektmedel. Förvaltningens åtgärder bedöms ha säkerställt en redovisning i enlighet med gällande regelverk. Tidigare lämnade rekommendationer[21] bedöms som åtgärdade.

Inventering av tillgångar

Revisionen har granskat inventering av tillgångar (maskiner och inventarier). I likhet med tidigare år saknas per balansdagen en fullständig inventering av tillgångarna. Avstämningen visar att för 83 av 673 enheter saknas inventeringsrapporter, vilket är något bättre än förra året. I granskningen har inga väsentliga avvikelser med påverkan på resultatet noterats. Rekommendationen kvarstår.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2023

Nämnden har 2023-12-14 lämnat yttrande över delrapporten för 2023. Nämnden har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening.

[21] Rekommendation 76397, 57875

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.regionstockholm.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2023

Stockholms läns sjukvårdsområde

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
89150 **Från rapport** 2022/03 Projektrapport	För att bättre kunna följa upp anpassningen av vård till barn och unga bör nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde fokusera på att utveckla mått och indikatorer med fokus på barns vård.	🟡	**ÅR 2023** Arbete pågår. Rekommendationen bedöms kvarstå.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107970 **Från rapport** 2023 Delrapport	Nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av digitaliseringsarbetet genom att ta ställning till strategiska vägval i färdplanen.	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119310 **Från rapport** 2023/05 Projektrappport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör delegera arbetsmiljöuppgifter avseende hot och våld inom ASIH för att tydliggöra hur arbetsmiljöarbetet avseende detta är fördelat i SLSO:s organisation.	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024
119316 **Från rapport**	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör genom verksamhetsuppföljning säkerställa en tillräcklig följsamhet	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2023/07 Projektrappport	till behandlingsriktlinjer för KOL för nämndens vårdcentraler.		

Region Stockholm

Bilaga 2

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2023

Stockholms läns sjukvårdsområde

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29929 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 643	Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor för utbetalning av lön kontrolleras och attesteras av respektive chef.	🟡	**ÅR 2023** Inga åtgärder har gjorts under 2023 för att komma till rätta med problemet. Rekommendationen bedöms kvarstå.
57875 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att redovisningen av samtliga balanserade projektmedel följer god redovisningssed och regionens riktlinjer, samt återbetalas enligt avtal eller intäktförs när extern förpliktelse inte längre föreligger.	🟢	**ÅR 2023** Förvaltningens åtgärder bedöms ha säkerställt en redovisning i enlighet med RKR R2. Rekommendationen bedöms åtgärdad.
97165 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att underlag styrker transaktioner med betalkort i enlighet med gällande rutiner.	🟡	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024.
97166 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör förtydliga rutinen när det gäller vem som får attestera fakturor kopplade till betalkort.	🟡	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024.
97168 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor samt vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.	🔴	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97169 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att Heroma implementeras och kan användas av hela organisationen för registrering av bisysslor samt säkerställa att dessa är anmälda, registrerade och bedömda enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	🟡	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024.
97170 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa kontroll för att säkerställa följsamheten till regelverkets anvisningar när det gäller bedömning av otillåtna bisysslor.	🟡	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024.
97171 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör se till att befintliga styrdokument avseende attest i ekonomisystemet stämmer överensstämmer med gällande arbetssätt och regelverk.	🟡	**ÅR 2023** Vid uppföljning framkommer att att det inte har skett någon översyn av befintliga styrdokument inom SLSO. Rekommendationen bedöms kvarstå.
97172 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa en systematisk och formaliserad kontroll av upplagda behörigheter i Raindance för att säkerställa att behörigheterna är aktuella.	🟡	**ÅR 2023** Vid uppföljning framkommer att det inte genomförs några systematiska eller formaliserade kontroller av behörigheter hos Raindance hos SLSO. Rekommendationen bedöms kvarstå.
116257 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen för SLSO bör stärka uppföljningen av att fastställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs avseende remissbevakning.	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024
116258 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen för SLSO bör säkerställa en enhetlig avvikelserapportering avseende remisshantering.	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36993 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner av ledningsnära karaktär, samt att attest sker av oberoende part.	🟢	**ÅR 2023** Åtgärder har vidtagits i syfte att säkerställa att transaktioner av den här karaktären hanteras korrekt. Rekommendationen bedöms åtgärdad.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29942 **Från rapport** 2017 Delrapport **Tidigare ID** 1062	Ledningen bör säkerställa att stickprovskontroll av ändringar i fasta data i lönesystemet utförs månadsvis i enlighet med gällande rutin.	🟡	**ÅR 2023** I samband med uppföljning framkommer att kontroller inte görs i enlighet med rutin. Arbetet med intern kontroll inom löneprocessen är fortsatt eftersatt. Rekommendationen bedöms kvarstå.
76395 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att årlig inventering av anläggningstillgångar sker i enlighet med gällande rutin.	🟡	**ÅR 2023** Granskningen visar på en liten förbättring men rekommendationen bedöms kvarstå.
76396 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa en tydlig ansvarsfördelning vid inköp av hjälpmedel som innefattar kontrollmoment av att fakturering sker i enlighet med avtalade villkor.	🟡	**ÅR 2023** En uppföljande granskning har gjorts på området. Trots vidtagna åtgärder från förvaltningen bedöms rekommendationen fortsatt kvarstå.
76397 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen behöver säkerställa att alla bidragsintäkter hanteras i enlighet med RKR:s rekommendation R2.	🟢	**ÅR 2023** Förvaltningens åtgärder bedöms ha säkerställt en redovisning i enlighet med RKR R2. Rekommendationen bedöms åtgärdad.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107473 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen för SLSO ledning bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet	–	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024
107474 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	–	**ÅR 2023** Följs upp i delrapport 2024

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119313 **Från rapport** 2023/05 Projektrappport	Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör följa upp förekomsten av hot och våld i ASIH.	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024
119317 **Från rapport** 2023/07 Projektrappport	Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör se till att patientinformation kring KOL kommuniceras och finns tillgänglig för patienter via olika kanaler och olika format, t.ex. patientutbildning och skriftlig behandlingsplan.	–	**ÅR 2023** Följs upp i årsrapport 2024

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS-KRITERIER 2023

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 finansiella mål (resultatkrav) och följt fullmäktiges ekonomiska riktlinjer.

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

3. Nämnden/styrelsen har i övrigt bedrivit verksamheten med god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut.

4. 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 väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Bristerna eller 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. Nämnden/styrelsen har säkerställt systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

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 plan för intern kontroll, i enlighet med regionens fastställda regelverk, 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.

8. Nämnden/styrelsen har säkerställt en tillräcklig beredning av ärenden.

9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

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 väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Bristerna är uppenbara och försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade 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 regionens regler och anvisningar.

2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/verksamhetsberättelse 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 väsentliga avvikelser eller allvarliga brister i förhållande till bedömningsmålen och ger inte en rättvisande bild av resultat och ställning.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.