Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2022 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet

Revisorerna i revisorsgrupp II har vid sammanträde 2023-03-30 beslutat att överlämna årsrapport 2022 till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) för yttrande senast 2023-08-31. I den årliga revisionen prövas om verksamheten har bedrivits på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Förvaltningens motivering och yttrande

Revisorerna har i särskild ordning granskat styrande dokument för regionens nämnder, utskott och beredningar med avseende på om dessa är tillräckligt tydliga när det gäller ansvar, uppgifter och befogenheter.

Nedan redovisas förvaltningens kommentarer till revisorernas synpunkter avseende intern styrning och kontroll.

Nämndens interna styrning och kontroll av verksamheten har under året fortsatt påverkats av pandemin orsakad av covid-19. Sjukfrånvaron har varit hög under början av året. Produktionen för 2022 ligger för majoriteten av vårdområdena under budgeterade nivåer. Under senare delen av året har pandemins påverkan avtagit och vårdproduktionen kunnat återgå till ett mer normalläge och produktionen ökat. Detta har dock inte påverkat det slutgiltiga resultatet.

Revisionen konstaterar att nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde behöver arbeta aktivt med kompetensförsörjning för att säkerställa att SLSO når fastställda produktionsmål. Kompetensförsörjning är ett av nämndens prioriterade områden för 2023.

Revisorerna har granskat hantering av externa projekt och konstaterar att SLSO bör fortsätta det påbörjade arbetet med att säkerställa att hanteringen av externa projekt sker i enlighet med gällande regler och rutiner. SLSO kommer fortsätta arbetet med rekommendationen under 2023.

I rapporten redovisas i lista ett antal rekommendationer som enligt regionrevisorerna behöver åtgärdas. Förvaltningen delar i all väsentlighet revisorernas uppfattning och kommer att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas samt återrapportera vidtagna åtgärder i rapporteringsverktyget stratsys/stödet.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna förvaltningens yttrande över regionrevisorernas årsrapport enligt ovanstående, samt

att överlämna yttrandet till revisorernas revisorsgrupp II.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör

Rikard Lindqvist
Tf. Avdelningschef
Verksamhetsstöd Ekonomi

Regionrevisorerna

2023-03-30

Diarienummer
RK 2022–0027

Stockholms läns sjukvårdsområde

Årsrapport 2022
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2023-03-30 överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2023-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
ordförande

Karelia Pagan
sekreterare

Addo Sign ID-nummer : 256fdd27-f09b-43da-a10a-9cce1093e270

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

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.

Undertecknare

KARELIA PAGAN JIMENEZ
ORtdYqqZw/yB1aA2xlJ6ng *2023-04-20 11:38*

HANS ERIK SALOMONSSON
IO+b3HrR7ksJmKks9A6iKg *2023-04-20 12:39*

Dokument i försändelsen

Exp Missiv årsrapport 2022 SLSO.pdf	*Detta dokument*
Missiv ÅR 2022 HSN.pdf	
Exp missiv Årsrapport 2022 Södertälje sjukhus AB.pdf	
Exp Missiv Tobiasregistret AB.pdf	
Exp missiv till årsrapport VKN 2022.pdf	
Exp missiv till årsrapport 2022 SÖS.pdf	
Exp missiv till årsrapport 2022 DS .pdf	
Exp missiv till årsrapport 2022 - AISAB.pdf	
Exp missiv till ÅR Karolinska 2022.pdf	
Exp missiv Patientnämnden.pdf	
Exp missiv till St Eriks ögonsjukhus AB 2022.pdf	
Exp missiv till Årsrapport 22 FTV.pdf	

Addo Sign

Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet
Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2023-03-30

Diarienummer
RK 2022-0027

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2022

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2022.

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 2022 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer sammantaget att nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll har varit tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

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

Stockholm 2023-03-30

Hans-Erik Salomonsson Hans Peters Lena Cronvall Morén

Lena Ståhl Ingemarsdotter Jan-Erik Nyberg Leni Björklund

Arnold Boström

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

Addo Sign ID-nummer : df3120cd-5f4a-48a5-bd7c-aa52a0b5a3b4

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.

Undertecknare

LENA STÅHL INGEMARSDOTTER
+/wWHLs6YWINHCfCENWajA *2023-03-31 17:42*

HANS PETERS
nQTpbsQdlkk8eEeERXfvUQ *2023-03-31 17:48*

HANS ERIK SALOMONSSON
lO+b3HrR7ksJmKks9A6iKg *2023-03-31 18:48*

ARNOLD BOSTRÖM
16T52mzlOsPm11KfHvefYA *2023-03-31 19:17*

LENI CHRISTINA ELISABETH BJÖRKLUND
ql5QZicBVbz5iRlxNdNOSQ *2023-04-01 09:13*

Fride Jan-Eric Nyberg
wUz3VlBdUbUC5K4SmVrSjg *2023-04-01 09:57*

HELENA CRONVALL MORÉN
m1tk8dYlfDS9veEl99m89w *2023-04-04 14:00*

Dokument i försändelsen

4 Revisionsberättelse Stockholms läns sjukvårdsområde 2022.pdf	*Detta dokument*
6 Granskningsrapport 2022 Danderyds sjukhus AB.pdf	
12 Granskningsrapport för Folktandvården Stockholms län AB 2022.pdf	

Addo Sign

Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet
Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.

11 Granskningsrapport St Eriks Ögonsjukhus AB 2022.pdf

10 Granskningsrapport Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, RK 2022-0017.pdf

9 Granskningsrapport för Tobiasregistret AB 2022.pdf

8 Revisionsberättelse för Patientnämnden 2022.pdf

7 Granskningsrapport 2022 för Södersjukhuset AB.pdf

5 Granskningsrapport för Södertälje sjukhus 2022 AB.pdf

3 Revisionsberättelse och Uttalande om transparenslagen för Karolinska.pdf

2 Revisionsberättelse för Vårdens kunskapsstyrningsnämnd 2022.pdf

1 Revisionsberättelse för Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022.pdf

Addo Sign

Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet
Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.

Årsrapport 2022

Stockholms läns sjukvårds-område

Region Stockholm

Sammanfattning – Stockholms läns sjukvårds-område

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 2022

	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

Nämndens ekonomi har under året till viss del påverkats av coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 233 mnkr.

Fullmäktige har beslutat[1] att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår till 156 mnkr. Nämnden har även erhållit 73 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktige beslut[2]

De ökade kostnaderna för semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg 2023 ska, under förutsättning av fullmäktiges beslut, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav. Vid avstämning av resultatkravet sker en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års nivå, vilket för nämnden uppgår till 111 mnkr.

Det ekonomiska resultatet justerat för ovannämnda poster uppgår till 428 mnkr, vilket är högre än fullmäktiges resultatkrav.

Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

[1] RS 2021-0062 och RS 2021-0685
[2] Fullmäktige har beslutat att nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården ska under 2022 kompenseras för covidrelaterade merkostnader. RS 2022-0062 och RS 2022-0442

Coronapandemin har påverkat nämndens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts då nämnden uppfyller två av tre mål: långsiktig ekonomisk uthållighet och hållbar regional utveckling. Revisionen konstaterar dock att området kompetensförsörjning behöver stärkas för att nå upp till fullmäktiges och nämndens mål om hållbar arbetsgivare som inte nås.

Målen för vårdproduktion har till stora delar inte uppnåtts. Pandemin har haft en stor påverkan men även effekter av problem med kompetensförsörjningen gör att SLSO inte når upp i avtalad produktion. Produktionsmålen nås inte inom 5 av 7 vårdområden.

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

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

Intern styrning och kontroll

Revisionen har under året granskat nämndens interna styrning och kontroll avseende bland annat betalkort, bisysslor, inköp, barnsjukvård, ledningsnära kostnader, externa projekt samt behörighet och attest i ekonomisystemet. Årets granskning har visat på avvikelser inom några av dessa områden. Revisionen har lämnat rekommendationer till förvaltningsledningen om att vidta åtgärder för att stärka den interna styrningen och kontrollen.

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

Innehåll

1 Årlig granskning 4

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 5
- 2.1 Ekonomiskt resultat 5
- 2.2 Verksamhetsmässigt resultat 8

3 Intern styrning och kontroll 12
- 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning 12
- 3.2 Intern kontroll och riskarbete 13
- 3.3 Styrning av barnsjukvården 15
- 3.4 Användningen av betalkort 16
- 3.5 Hantering av anställdas bisysslor och förtroendevaldas jäv 17
- 3.6 Ledningsnära kostnader och representation 18
- 3.7 Behörigheter och attest inklusive utanordning och utbetalning 19
- 3.8 Granskning av inköp 20
- 3.9 Arbetsmiljö 24
- 3.10 Hantering av externa projekt 26
- 3.11 Avrapporterade granskningar i delrapport 28
- 3.12 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 29
- 3.13 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 29

4 Räkenskaper 30
- 4.1 Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse) 30
- 4.2 Granskning av lönekostnader **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
- 4.3 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 31
- 4.4 Samlad bedömning av räkenskaper **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden/styrelsen

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Bilaga 4 Yttrande över delrapport 2022

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 Ylva Galyas med flera vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Carin Hultgren med flera vid PwC.

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

Under granskningsåret har revisorerna genomfört ett möte för dialog med nämnden under hösten 2022.

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. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2022	Bokslut 2022	Bokslut 2021
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	13 249	14 084	13 403
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 13 018	- 13 850	- 13 032
- varav omställningskostnader			*-4*
Årets resultat	**232**	**233**	**371**
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	156	248
Ersättning för täckning av merkostnader	-	- 73	- 145
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	111	-
Justerat resultat	**232**	**428**	**474**
Balansomslutning (mnkr)	3 134	2 817	2 865
Årsarbetare (antal)	11 710	11 479	11 596

2.1.1 Resultat 2022

Nämndens ekonomi har under året påverkats av den pågående coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 233 mnkr.

Fullmäktige har beslutat[3] att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår sammanlagt till 156 mnkr. Nämnden har erhållit 73 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktiges beslut[4].

De ökade kostnaderna för semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg (PO-pålägg) enligt 2023 års nivå[5] ska, under förutsättning att fullmäktige beslutar om det, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav.

[3] RS 2021-0062 och RS 2021-0685
[4] Fullmäktige har beslutat att nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården ska under 2022 kompenseras för covidrelaterade merkostnader. RS 2022-0062 och RS 2022-0442
[5] Regionen tillämpar nästkommande års nivå för PO-pålägg vid redovisning av semester och löneskuld. Detta medför ökade kostnader bland annat på grund av ökad inflation.

Vid avstämning av resultatkravet sker därför en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års PO-påläggsnivå, vilket för nämnden uppgår till 111 mnkr.

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 428 mnkr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och effekten av ökat PO-pålägg. Detta är 196 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

2.1.2 Jämförelse med budget 2022

Intäkter
Verksamhetens intäkter uppgår till 14 084 mnkr, inklusive ersättning för coronarelaterade merkostnader, vilket är 835 mnkr (6,3 procent) högre än budgeterat.

Den främsta anledningen är en ökning av erhållna bidrag jämfört med budget, en ökning på 443 mnkr. Avvikelsen utgörs av flera poster där, 135 mnkr avser kostnadstäckning för utbetald bonus till medarbetare, 73 mnkr avser täckning för covidrelaterade kostnader, 76 mnkr är ökning av ersättning för AT-läkare, 42 mnkr är statlig ersättning för ökade sjuklönekostnader, och 40 mnkr är en ökning av FoUU-anslaget. Resterande ökning, 76 mnkr, är obudgeterade ersättningar avseende ST-ersättning, psykologer, arbetsmiljöprojekt och ökad momskompensation.

Även patientavgifter har ökat, 27 mnkr, vilket förklaras av att de höjdes i april och den höjningen var inte känd när budgeten beslutades.

Sålda primärtjänster minskar totalt sett med 18 mnkr jämfört med budget. I utfallet finns både ökningar och minskningar. De största minskningarna är att hänföra till minskad vårdproduktion med anledning av covid-19 och intäkterna har därför minskat med 82 mnkr, där primärvården står för den största minskningen på 34 mnkr. Även för övriga vårdgrenar har produktionen och därmed intäkterna minskat, psykiatri 13 mnkr, geriatrik 17 mnkr, habilitering 10 mnkr, och somatisk specialistvård 8 mnkr. De lägre produktionsintäkterna vägs dock till viss del upp av en ökning av intäkterna för bland annat obudgeterade ersättningar för vaccinationer 37 mnkr, ersättning för uppskjuten vård inom primärvården 74 mnkr och ersättning för asylsökande 24 mnkr.

Intäktsposten försäljning övriga tjänster ökar med 183 mnkr (12 procent). Merparten av detta, ca 170 mnkr, står hjälpmedelsverksamheten för och förklaras med en obudgeterad ökning av försäljningsvolymerna.

Övriga intäkter överstiger budgeten med 199 mnkr. De största posterna är, 64 mnkr som avser extra ersättning för att genomföra personalbefrämjande åtgärder och ett högre utfall än väntat avseende projektanslag, 93 mnkr.

Kostnader
Verksamhetens kostnader, exklusive avskrivningar och finansiella poster, men inklusive coronarelaterade poster och effekten av ökat PO-pålägg uppgår till 13 680 mnkr, vilket är 834 mnkr (6,5 procent) högre än budgeterat.

Av budgetavvikelsen är 484 mnkr hänförbart till högre kostnader för personal än budget. Av dessa står inhyrd personal för 387 mnkr vilket är en ökning jämfört med föregående år på 46 procent. Total har personalkostnaden inklusive inhyrd personal ökat med 6,4 procent jämfört med föregående år och 5,4 procent jämfört med budget. Den största procentuella ökningen är inhyrning av sjuksköterskor på 90 procent, för läkare är motsvarande siffra 24 procent. I personalkostnader ingår också coronarelaterade merkostnader för personal på 67 mnkr. Kostnader för sjuklön har ökat med 198 mnkr och timkostnader har ökat med 116 mnkr. I övrigt finns inom posten personalkostnader mindre avvikelser, såväl positiva som negativa, för utbildning, företagshälsovård, hälso- och friskvård m.m.

I övrigt förklaras avvikelsen av att kostnaderna för material är 132 mnkr högre än budget (12,3 procent) medan övriga kostnader är 163 mnkr högre än budget (14,9 procent). Kostnadsökningen för material förklaras i huvudsak av ökade kostnader för inköp inom hjälpmedelsverksamheten, ca 115 mnkr, som motsvaras av ökade försäljningsvolymer. Ökningen av övriga kostnader förklaras även av högre kostnader för IT-tjänster, privata vårdgivares ST-ersättning och kostnader för transporter och drivmedel.

Lokal- och fastighetskostnader har ökat jämfört med budget med 50 mnkr, (3,6 procent) och utgörs av flera delposter. Kostnadsökningarna består i ökade kostnader för hyror, vatten och el samt för reparationer.

Förändringarna för läkemedelskostnader, köpta verksamhetsanknutna tjänster och köpta primärvårdstjänster är små och resulterar i en nettokostnadsökning på 5 mnkr jämfört med budget.

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

2.1.3 Investeringar
SLSO:s investeringar utgörs till största delen av ersättningsinvesteringar i medicinteknisk utrustning, inventarier, informations- och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel där merparten återfinns inom hjälpmedelsverksamheten.

Årets investeringar uppgår till 162,5 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 252,4 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 64,4 procent. Främsta anledningen till det lägre utfallet är att takten för planerade utbyten av utrustning under året varit lägre än planerat.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Måluppfyllelse

Nämnden berörs av alla fullmäktiges 3 inriktningsmål, långsiktig ekonomisk uthållighet, en hållbar regional utveckling och hållbar arbetsgivare. Pandemin har påverkat alla mål. Påverkan har skett genom hög sjukfrånvaro för personalen som har lett till minskad produktion. Men även det ekonomiska målet har påverkats eftersom bidrag kopplade till pandemin har påverkat resultatet i positiv riktning.

Målen mäts med hjälp av indikatorer och anses vara uppfyllda om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden. Indikatorer kan också bara enligt regionledningskontorets anvisningar uppfyllas eller inte uppfyllas, grönt och rött. Revisionen noterar att nämnden i några fall markerat måluppfyllelsen för indikatorer som delvis uppfyllt, trots att målvärdet inte uppnåtts. Nämnden har valt att använda sig av gult eftersom nämnden anser att indikatorerna är delvis uppfyllda.

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

Långsiktig ekonomisk uthållighet

För målet långsiktig ekonomisk uthållighet finns fyra indikatorer för SLSO. Två från fullmäktige och två från nämnden. Målen från fullmäktige uppfylls då resultatkravet uppnås och nämnden inte har några investeringsbeslut att mäta. Nämndens egna mål avser produktivitet och där uppfylls målen delvis; andelen resultatenheter med positiv produktivitetsutveckling (produktion/kostnad) uppnås inte men däremot uppnås målet för produktivitet mätt genom produktion/arbetad timma.

Totalt för målet långsiktig ekonomisk uthållighet så uppfylls målen delvis, sett till mål satta av regionfullmäktige, så uppnås målet.

Hållbar regional utveckling

Målet en hållbar regional utveckling omfattar 35 indikatorer varav 24 är fastställda av fullmäktige och 11 av nämnden. SLSO har av de 35 indikatorerna uppfyllt 22 vilket innebär att målet för hållbar regional utveckling uppnås. Måluppfyllelse nås både för nämndspecifika mål (6 av 11) och för mål satta av fullmäktige (15 av 24).

Indikatorer där målnivån inte uppnås avser bland annat väntetider i vården, effektiv vård och kontinuitet i vården.

Den främsta anledningen till att målnivåerna inte nås är den effekt covid-19 har haft på sjukfrånvaron under årets första månader. Den återgång som skett till ett mera normalt läge i slutet av året har inte kunnat hjälpa upp siffrorna.

Hållbar arbetsgivare
Hållbar arbetsgivare mäts med hjälp av 13 indikatorer, 10 beslutade av regionfullmäktige och 3 beslutade av nämnden. Av totala antalet indikatorer når 5, kvarstannandegrad, ledarskap, andel medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling, andel sjuksköterskor som vidareutbildar sig och antalet startade AT-block upp till målnivån, de resterande 8 når inte upp till den. Av fullmäktiges 10 mål uppnås bara 4. Målet om hållbar arbetsgivare uppnås inte.

För indikatorerna som mäter sjukfrånvaro, personalomsättning, och andel inhyrd personal uppnår ingen av dem de satta målnivåerna. Sjukfrånvaron har ökat med anledning av pandemin men också på grund av andra virussjukdomar som haft stor effekt på sjukfrånvaron framför allt i början och slutet av året. Personalomsättningen har ökat från 15,8 procent förra året till 16,5 procent för 2022. Enligt SLSO:s analys så har höga sjuktal en påverkan på personalomsättningen då bland annat arbetsbelastningen ökar. Som en konsekvens av de höga sjuktalen ökar också andelen inhyrd personal. Det skiljer sig åt mellan de olika vårdgrenarna, somatisk specialistvård och primärvård är de som har procentuellt sett störst andel inhyrda med 13,1 respektive 4,5 procent. Totalt för SLSO har andelen inhyrd personal ökat från 3,4 procent 2021 till 4,1 procent för 2022. Andelen verksamheter som har inhyrd personal har ökat från 35 till 51 procent mellan åren 2021 och 2022.

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

2.2.2 Produktion

Jämfört med budget
Vårdproduktionen inom SLSO utförs i 7 olika vårdområden, geriatrisk vård, avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), psykiatrisk vård, primärvård, habilitering, somatisk specialistvård och övrig specialistvård. Produktionen för 2022 ligger för majoriteten av vårdområdena under budgeterade nivåer och den främsta anledningen är effekter av covid-19, framför allt i form av höga sjukskrivningstal för personalen vilket medfört att produktionen inte kunnat utföras. Vissa verksamheter hade perioder då 30 till 40 procent av medarbetarna var frånvarande på grund av sjukdom. SLSO har även stora problem med kompetensförsörjningen inom sina verksamheter framför allt avseende sjuksköterskor.

För *geriatriken* är utfallet negativt för sluten vården men positivt för öppenvården. Slutenvården har påverkats stort av den höga sjukfrånvaron. Covid-

19 påverkar också produktionen negativt genom att vårdplatser och personal tas i anspråk för covidvård i stället för att producera vård inom basuppdraget. Öppenvården inom geriatriken har under 2022 påverkats mindre av pandemin då besök kunnat genomföras i högre utsträckning än tidigare. Öppenvården har en något högre produktion än budgeterat. Läkarbesök i SÄBO minskar på grund av färre inskrivna patienter och att allt fler boenden övergår till privata vårdgivare.

Antal vårddygn inom *ASiH* ligger i linje med budgeterad nivå. När det gäller vårddygn inom den palliativa vården så noteras en minskning. Den främsta anledning till det är lägre remissinflöde och stängda vårdplatser.

Den *psykiatriska öppenvården* har varit starkt påverkad av pandemin, framför allt i början av året, i form av hög sjukfrånvaro men även hög andel vakanser. Besöken i öppenvård ligger 3,8 procent lägre än budget. En ökning av produktionen har dock skett under slutet av året. Antalet *slutenvårdstillfällen inom psykiatrin* har ökat något men skillnaderna mellan verksamheterna är stora. Allmän psykiatri och beroendevård ligger strax över budget i utfall medan BUP har färre vårdtillfällen jämfört med budget.

Antalet *besök inom primärvården* har jämför med budget minskat med 6,4 procent jämfört med 2021. Hög sjukfrånvaro, vakanser och personalomsättning har kraftigt påverkat produktionen. Viss omprioritering har behövt ske i verksamheten för att klara av besök inom hemsjukvården. Ökningen av hemsjukvårdsbesök är en effekt av att kommunerna inte längre utför medicindelning till inskrivna patienter. Det prioriterade vaccinationsarbetet i början av året har också påverkat produktionen negativt.

Vårdgrenen *habilitering* har i hög grad påverkats av pandemin. En minskning av antalet besök har skett med 3 procent jämfört med budget. Främsta anledningen är höga sjuktal både för personal och patienter. Andra konsekvenser som pandemin har fått för verksamheten är att andelen uteblivna besök har ökat från 10 procent 2021 till 14 procent för 2022 och att verksamhetens besöksmix har förändrats från fysiska besök till allt fler distansbesök.

Närakuterna som utgör en del av vårdgrenen *somatisk specialistvård* har en minskad produktion på 4 procent jämför med budget. Störst har minskningen varit i början av året för att sedan succesivt plana ut mot slutet av året. Centrum för cancerrehabilitering har inte kunnat öka sin bemanning som planerat vilket har lett till att produktionsmålet inte nåtts. Akademiskt specialistcentrum har däremot en produktion som är 8 procent högre än budget. Sammantaget så är produktionen för somatisk specialistvård 2 procent lägre än budgeterat.

Övrig specialistvård står för den procentuellt sett största minskningen 48 procent jämfört med budget.

Orsaken är att två uppdrag, gynekologimottagning i Vallentuna och Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Danderyd, har avslutats i förtid. Anledningen är att det har varit svårt att rekrytera och behålla personal på enheterna bland annat på grund av de varit små enheter.

Antalet *disponibla vårdplatser* (vpl) inom psykiatri har minskat med 5 procent (46 vpl) och för vårdplatser inom geriatriken är minskningen 14 procent (24 vpl). För geriatriken är anledningen att covid-19 avdelningar är mer resurskrävande vilket lett till fler stängda vårdplatser inom basuppdraget. Antalet disponibla vårdplatser inom psykiatrin var vid mättillfället lägre än budget på grund av stängda platser över julledigheterna men även till följd av vakanser.

Hjälpmedelsverksamheten har ett positivt utfall både ekonomiskt (överskott med 84,7 mnkr) och produktionsmässigt. Den främsta anledningen till detta är att verksamheten under året har utökat sitt produktsortiment men också haft betydande ökning av försäljningsvolymer avseende redan befintliga produkter inom området medicinsk apparatur.

Jämfört med föregående år

Sammantaget kan revisionen konstatera att jämfört med 2021 uppvisar de flesta vårdgrenar en ökning av produktionen. De som avviker negativt är läkarbesök i SÄBO och övrig specialistvård. Anledningarna till det ligger i att uppdrag inom SÄBO fortsätter att minska och att två uppdrag inom övrig specialistvård avslutats i förtid 2022 på grund av dålig bärkraft. Produktionen mätt för SLSO sammantaget har ökat med 0,7 procent medan kostnadsökningar justerat för pris- och löneökningar legat i princip på samma nivå som 2021. Det är också dessa mått som används vid beräkning av produktiviteten.

Produktivitet

SLSO mäter produktivitet med hjälp av indikatorerna 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 ex covidkostnader. På övergripande nivå för SLSO visar produktiviteten mätt med hjälp av indikatorn produktion/arbetad timma en positiv förändringen mellan 2021 och 2022 med 1,4 procent vilket är över målvärdet 1 procent eller mer.

För produktiviteten mätt som produktion/kostnad är ökningen 0,8 procent mellan åren 2021 och 2022, vilket är något lägre än målvärdet 1 procent eller mer och lägre än vad produktivitetsutvecklingen var mellan 2021 och 2020 (se tabell). Produktivitets utvecklingen för åren 2020 till 2022, mätt som produktion/kostnad, skiljer sig åt mellan de olika vårdgrenarna. De stora variationerna mellan åren förklaras av effekter av coronapandemin.

Tabell: Produktivitetsutveckling 2020 - 2022 i procent, produktion/kostnad

Produktion/kostnad	2020	2021	2022
Geriatrik	-14,5	-0,5	14,2
ASiH	0,9	1,6	0,8
Psykiatri	-5,9	2,2	0,2
Primärvård	-11	0,1	1
Somatisk specialistvård	-7,5	5,4	-0,3
Habilitering	-8,2	4,8	0,2
Totalt SLSO	**-7,9**	**1,6**	**0,8**

Mellan 2021 och 2022 har 61 av 98 resultatenheter haft en positiv produktivitetsutveckling vilket är en förbättring med 10.

2.2.3 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts då nämnden uppfyller målen långsiktig ekonomisk uthållighet och hållbar regional utveckling, dvs. två av tre långsiktiga mål. Målet om hållbar arbetsgivare nås inte. Nämnden behöver fortsätta att arbeta med detta mål då 8 av 13 indikatorer inte nås.

Målen för vårdproduktion har till stora delar inte uppnåtts. Pandemin har haft en stor påverkan men även effekter av problem med kompetensförsörjningen gör att SLSO inte når upp i avtalad produktion. Produktionsmålen nås inte inom 5 av 7 vårdområden. Revisionen konstaterar att nämnden behöver arbeta aktivt med kompetensförsörjningen för att säkerställa att man når avtalade produktionsmål.

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

Nämnden har under året haft 8 ordinarie nämndmöten och ett extrainsatt möte i november. Vid nämndmötena föredrar sjukvårdsdirektören ärende och lämnar muntlig information till nämndens ledamöter om nämndens ekonomi och verksamhet. Det finns en fast punkt på dagordningen där sjukvårdsdirektören rapporterar samt en specifik punkt för månadsrapporteringar.

I granskningen av protokoll och tillhörande underlag från nämndmöten som har hållits under året framkommer att genomgång av månads-, tertial- eller delårsrapporter är en återkommande punkt vid varje nämndmöte. I rapporterna redovisas utfall för vårdproduktion inom respektive verksamhetsområde och ekonomi på totalnivå. I SLSO:s ledningsgrupp återrapporteras de olika vårdgrenarna bland annat utifrån sina respektive styrkort men även ekonomi och produktion rapporteras.

I fullmäktiges budget poängteras att SLSO ska ha konkurrensneutrala villkor i förhållande till andra aktörer och att verksamheten ska bedrivas affärsmässigt. Nämnden har under ett antal år arbetat med att identifiera och stärka de olika verksamheternas ekonomiska bärkraft bland annat genom att aktivt arbeta med att stärka ekonomi-, personal- och verksamhetsanalyser.

SLSO:s resultat har under flera år fått ett positivt tillskott till resultatet från hjälpmedelsverksamheten som har kompenserat för underskott i andra delar av verksamheten. För 2022 har hjälpmedelsverksamheten fortsatt att bidra genom ett överskott på netto 85 mnkr. De negativa resultaten för många av de övriga vårdgrenarna är svårbedömda då ett flertal bidrag och extra ersättningar för covid ingår i resultaten för 2022.

För att skapa en tydligare struktur för styrning och ledning av verksamheten genomför SLSO ett utvecklingsarbete med att samordna arbete med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem.

Bedömning

Revisionen konstaterar att nämnden har ett positivt resultat i för hållande till fullmäktiges resultatkrav och att nämnden kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet samt har ett i allt väsentligt tillfredsställande prognosarbete.

Nämndens arbete med att säkerställa ekonomisk bärkraft i de olika vårdgrenarna har fått stå tillbaka under pandemin, men har återupptagits under 2022 genom bland annat fokus på uppföljning, prognoser och rapportering. Revisionen bedömer att arbetet med att nå ekonomisk bärkraft behöver fortsätta under 2023.

3.2 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 årligen genom revision.

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

Inom ramen för arbetet med att samordna processerna för intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur samt styrning och ledning av verksamheten inom SLSO har processerna kopplats samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål har SLSO tagit fram indikatorer och aktiviteter som nedfördelats i organisationen och sammanställts i styrkort för respektive vårdgren. Den interna styrningen och kontrollen har enligt SLSO följts upp och måluppfyllelsen har mätts regelbundet under året med hjälp av styrkorten.

I planen för intern kontroll för 2022 identifierade SLSO ett antal risker för verksamheten. Riskerna med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning och då framför allt inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, övervältring av administration på vårdpersonal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, bristande kostnadsmedvetande i organisationen, bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse. För att hantera och minimera riskerna med högsta riskvärden har ett arbete pågått under 2022. Under året har arbetet med prognoser och rapportering vidareutvecklats genom bland annat införande av rullande 12 månaders prognoser.

SLSO har arbetat med att upprätta olika ”business case” vid verksamhetsförändringar och genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation för att kunna vidta proaktiva åtgärder i tid. Uppföljning sker också genom uppföljning av nedfördelade mål och indikatorer i form av styrkort för respektive vårdgren. Arbetet med att öka patientsäkerheten har skett genom bland annat att en rutin för analys av avvikelser och en strukturerad återrapportering av patientsäkerhetsrisker har tagits fram och etablerats under året. Syftet är att bidra till den lärande organisationen genom goda exempel. På SLSO:s intranät finns också ett flödesschema för patientsäkerhet tillgänglig för verksamheterna. Där presenteras en övergripande struktur för patientsäkerhetsarbetet och former för verksamheternas egenkontroll som ingår som en del i det förebyggande arbetet. Risker som hänger samman med det långsiktiga målet hållbar arbetsgivare har bedömts ha lägre risknivåer, men även här har ett arbete med att hantera riskerna gjorts. Exempelvis har ett arbete med att utveckla handlingsplaner inom bland annat kompetensförsörjning genomförts. Totalt sett för året har dock inte vidtagna åtgärder lett till önskat resultat vilket har föranlett att kompetensförsörjning kommer att vara ett av nämndens prioriterade områden även under 2023.

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 att utveckla handlingsplaner inom kompetensförsörjningsområdet.

3.3 Styrning av barnsjukvården

I ett särskilt projekt[7] har revisionen granskat om styrningen av vårdkedjor för barn fungerar och om vården styrs så att kraven på god, nära och samordnad vård tillgodoses. Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Stockholms läns sjukvårdsområde. Granskningen avser HSN:s ansvar för styrning, uppföljning och samordning av barnsjukvården samt SLSO:s ansvar inom primärvården för att anpassa verksamheten mot en god, nära och samordnad vård.

Enligt Budget 2022 är målet för Region Stockholms primärvård bland annat en hög upplevd och faktisk tillgänglighet för hela befolkning inklusive barn. I SLSO:s verksamhetsplan för 2022 beskrivs att målet är att erbjuda vårdverksamhet i tillgänglighetsanpassade lokaler, med lättillgänglig information om var patienten kan söka vård och vård i lokaler som är lätt åtkomliga med exempelvis allmänna kommunikationsmedel samt flexibla mottagningslösningar och online tjänsten Alltid öppet. I verksamhetsplanen framkommer inga mått eller indikatorer för att kunna följa upp vare sig upplevd eller faktisk tillgänglighet. Området skulle behöva utvecklas för att möjliggöra styrning mot en god tillgänglighet för barn och deras familjer.

I verksamhetsplanen för 2022 beskriver SLSO sin övergripande strategi för fortsatt arbete med strukturerade vårdprocesser för att uppnå en hälso- och sjukvård med god kvalitet. Bland annat nämns ökad digitalisering och en mer personcentrerad vård. SLSO avser att med hjälp av patientenkäter ta till vara patienters uppfattning av vården. Dock finns inget specifikt skrivet avseende hur vårdprocesser för barn och unga ska utvecklas. Skrivningarna är på en generell nivå och omfattar alla patientgrupper.

Revisionen har rekommenderat nämnden för SLSO att fokusera på att utveckla mått och indikatorer med fokus på barns vård för att bättre kunna följa upp anpassningen av vård till barn och unga.

Yttranden har inkommit från SLSO som behandlade ärendet vid sitt sammanträde 2023-01-31. Av yttrandet från SLSO framkommer att nämnden i sak inte har något att invända mot beskrivningen av de mål som ska uppnås. Nämnden kan inom SLSO ha egna lokala mått och indikatorer men de bör överensstämma med de vårdöverenskommelser som finns. Nämnden ser också att det är av stor vikt att ett kontinuerligt utvecklings- och uppföljningsarbete sker tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen gällande utformning av mått och indikatorer.

Revisionskontoret bedömer att nämnden för SLSO i sitt yttrande har behandlat de förhållanden som revisorerna särskilt velat ha svar på och de rekommendationer som framförts i revisionsrapporten.

---

[7] Regionrevisorernas Projektrapport 3/2022 Styrning av barnsjukvården

3.4 Användningen av betalkort

Dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning upprättade 2017 Rutin och information Betalkort för koncerngemensam hantering av betalkort. Enligt rutinen ska betalkort hanteras med stor restriktivitet både vad gäller personalens rätt till betalkort och regelverk för vilka typer av inköp som får ske. Rutinen framhåller att en nogsam uppföljning och intern kontroll är nödvändig och ska göras löpande. Vidare ska varje förvaltning och bolag utarbeta närmare regelverk och instruktioner. Revisionen har granskat om SLSO har en tillräcklig intern kontroll gällande användningen av betalkort.

SLSO har med stöd av serviceförvaltningen, som hanterar betalkort för SLSO:s räkning, tagit fram en rutinbeskrivning avseende betalkort som komplement till de regionövergripande rutinerna.

SLSO har under 2021-2022 haft 15 stycken utställda betalkort. Korten är så kallade företagskort där SLSO har betalningsansvaret. Av dessa är 13 utställda i syfte att betala parkeringsavgifter (via parkeringsapp) när bil används i verksamheten Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Övriga två är företagskort utställda till personer i den centrala förvaltningen för inköp som behöver göras skyndsamt. Under år 2022 gjordes inköp med betalkorten till ett belopp på ca 292 tkr fördelat på 137 transaktioner medan inköpen för år 2021 uppgick till ca 71 tkr fördelat på 19 transaktioner.

Inom ramen för granskningen har 19 stickprov tagits på kortfakturor hanterade under perioden 2021-2022. Av dessa avser 6 fakturor år 2021 och 13 avser år 2022.

Granskningen visar att korrekt attest saknas för 8 av 19 fakturor. I dessa fall har kortinnehavaren själv attesterat fakturorna. Rutinerna är dock inte tydliga gällande vem som får attestera fakturorna. För 11 av 19 stickprov på kortfakturor saknas tillräckliga underlag som styrker transaktionerna.

När de gäller fakturor kopplade till parkeringsavgifter finns inga underlag för transaktionerna. I intervju beskrivs att verksamheten gör rimlighetsbedömningar löpande av dessa fakturor.

Bedömning

Revisionen bedömer att den interna kontrollen av användningen av betalkort bör stärkas. Det gäller främst att säkerställa tillräckligt underlag i enlighet med både regionstyrelsens och SLSO:s rutiner för att styrka transaktionerna. Rutinerna för vem som får attestera fakturan bör också tydliggöras så att det framgår att kortinnehavaren inte kan attestera egna inköp. När det gäller betalning av parkeringsavgifter bör rutiner tas fram för vilket underlag som ska styrka fakturan.

Rekommendationer:

- Ledningen för SLSO bör säkerställa att underlag styrker transaktioner med betalkort i enlighet med gällande rutiner.
- Ledningen för SLSO bör förtydliga rutinen när det gäller vem som får attestera fakturor kopplade till betalkort.
- Ledningen för SLSO bör ta fram en dokumenterad rutin för vilket underlag som ska styrka betalkortsfakturor kopplade till parkeringsavgifter.

3.5 Hantering av anställdas bisysslor och förtroendevaldas jäv

Revisionen har granskat om SLSO säkerställer en tillräcklig intern kontroll med avseende på hanteringen av anställdas bisysslor. Granskning har gjorts av SLSO:s arbete med att identifiera risker inom området, förekomst av styrdokument som förtydligar ansvaret för inlämning och bedömning av bisysslor samt om SLSO följer regelverket avseende insamling och bedömning av bisysslor.

I intervjuer och dokumentgranskning framkommer att bisysslor inte har identifierats eller dokumenterats som risk i nämndens arbete med intern kontroll. Granskningen har visat att nämnde inte har ett formaliserat eller systematiskt sätt att arbeta med riskanalyser för att identifiera risker avseende bisysslor i enlighet med regionens riktlinjer för intern kontroll[8].

Bisysslor för anställda regleras i flera, både regionövergripande och lokala styrdokument. Av de regionövergripande tillämpningsanvisningarna för bisysslor[9] framgår att respektive verksamhet kan ta fram verksamhetsanpassade rutiner för hantering av bisysslor. Granskningen visar att SLSO har tagit fram kompletterande riktlinje[10] och att det finns stödjande dokument för anställda och chefer på SLSO:s intranät. Enligt dessa instruktioner ska medarbetare själva rapportera bisyssla direkt i Heroma eller på blankett[11] om Heroma inte är implementerat.

I granskningen framkommer att Heroma inte är fullt ut implementerat inom SLSO vilket gör att alla inte kan registrera i systemet. Mer än hälften, 55 procent, av de anställda har inte rapporterat bisyssla i systemet. Detta försvårar uppföljning av förekomsten av bisysslor.

Vidare framkommer i granskningen att SLSO inte gör någon dokumenterad uppföljning av hur stor andel av de anställda som besvarat frågan om bisyssla eller någon kontroll av förekomst av bisyssla. Granskningen av nämndprotokoll visar också att nämnden inte har efterfrågat uppföljning av bisysslor.

[8] Riktlinjer för intern kontroll, RS 2019-0866
[9] Tillämpningsanvisningar för bisysslor SLL, LS-2017-1339
[10] Bisyssla – övergripande anvisning för SLSO 2021-09-23
[11] Anmälan av bisyssla, SLSO:s intranät

Inom ramen för granskningen har en registeranalys och stickprovsgranskning gjorts på 30 anställda som enligt Bolagsverkets register har en bisyssla, för att kontrollera om bisysslor har dokumenterats i enlighet med riktlinjerna. I det stickprov som gjorts har 14 av 30 anställda i stickprovet besvarat frågan i Heroma, 6 har registrerat att de har bisyssla och 8 att de inte har någon bisyssla. Vidare har 15 anställda inte besvarat frågan i Heroma och en person fanns inte med i registret från Heroma. Om de som registrerat bisyssla i Heroma har angett rätt eller fullständiga uppgifter har inte kunnat bedömas då underlag inte erhållits. Detsamma gäller de som anmält bisyssla på blankett.

En stickprovskontroll gällande utbetalningar från leverantörer där en anställd har en eller flera bisysslor enligt bolagsverket visar att det under granskningsperioden gjorts inköp från leverantörer där en anställd har en eller flera bisysslor. Flera av dessa var inte anmälda som bisyssla i Heroma eller via blankett.

I granskningen framkommer att vid bedömning av om en bisyssla är otillåten eller inte så görs ingen regionövergripande bedömning. I intervjuer framkommer att bedömningen görs av närmsta chef, inför slutligt beslut av verksamhetschef. Nämnden är enligt intervjuerna inte delaktig i bedömning eller beslut. Granskningen visar också att det inte görs några regelbundna eller systematiska kontroller av följsamheten till anvisningar avseende bedömning av otillåtna bisysslor.

Bedömning

Revisionens bedömer att SLSO bör stärka den interna kontrollen med avseende på riskbedömning, hanteringen och kontroll av anställdas bisysslor. SLSO bör även säkerställa implementeringen av Heroma för hela nämnden.

Rekommendationer:

- 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.
- 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.
- Ledningen för SLSO bör införa kontroll för att säkerställa följsamheten till regelverkets anvisningar när det gäller bedömning av otillåtna bisysslor.

3.6 Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har granskat ledningsnära kostnader och representation för perioden september – december 2022.

Sammantaget har 28 leverantörsfakturor/redovisningstransaktioner valts ut för granskning avseende syftesbeskrivning, deltagarförteckning, kontering, momsavdrag, attest samt attestants oberoende, det vill säga att attestant inte själv deltagit eller konsumerat/använt varan eller tjänsten. Transaktioner har granskats avseende utbildning och konferens, personalrepresentation och uppvaktning, resor och logi samt intern och extern representation. Inom ramen för granskningen har revisionen även tagit del av SLSO:s övergripande anvisning avseende gåvor som även beaktats i genomförd verifiering.

Av 28 utvalda leverantörsfakturor/redovisningstransaktioner har 14 verifierats utan väsentliga avvikelser. För resterande 14 granskade transaktioner noteras en eller flera avvikelser. Främst noteras avvikelser avseende kontering, medan övriga avvikelser inte förekommer i lika stor utsträckning som tidigare år. Åtgärder har vidtagits och kontroller görs löpande av fakturahandläggare, men resultatet av genomförd verifiering visar att fortsatta förbättringar behöver göras. Rekommendationen som lämnades i samband med årsrapport 2019 kvarstår.

3.7 Behörigheter och attest inklusive utanordning och utbetalning

Revisionen har granskat om hantering av attesträtter och behörigheter i ekonomisystemet samt utanordningar och utbetalningar sker i enlighet med gällande rutiner och med tillräcklig intern kontroll.

Granskningen visar att behörigheter och attester i ekonomisystemet Raindance beställs av varje verksamhet inom SLSO via beställningsblanketter och läggs in i ekonomisystem av serviceförvaltningen. I intervjuer framkommer att SLO inte har någon rutin för att säkerställa att behörigheter i ekonomisystemet är aktuella. Det görs enligt intervjuer ingen systematisk genomgång eller formell kontroll av behörigheter.

Serviceförvaltningen lägger upp attestanter i ekonomisystemet utifrån inskickade blanketter från SLSO. Serviceförvaltningen har dessutom till uppgift att se till att attestantupplägget följer SLSO:s delegationsordningen. Enligt de styrande dokumenten[12] ska en årlig översyn göras och ett årligt beslut om attestanter fattas för resultatenheter inom SLSO för att säkerställa att attestregistret är aktuellt. I intervjuer framkommer att så inte sker.

I granskningen framkommer också att blanketter inte skrivs under av chef. Enligt uppgift används digitala blanketter och därmed finns inte namnunderskrift med. Blanketten godkänns dock av serviceförvaltningen om beställande chef är angiven. En lösning med digital signering ska enligt uppgift tas fram av SLSO.

[12] Uttag av underlag för attestbeslut - anvisning SLSO

I stickprov av utanordning och utbetalning framkommer att utanordning sker enligt tvåhandsprincipen för samtliga granskade fakturor. För utbetalning finns inget krav på tvåhandsprincip. Granskningen visar att risken för fel är låg då systemet är behörighetsstyrt och utanordnare inte kan attestera, lägga upp leverantör eller i övrigt hantera leverantörsfakturor.

Bedömning:
Granskningen visar att det i allt väsentligt finns tillräckliga rutiner och regler för hantering av behörigheter och attesträtter som avser ekonomisystemet Raindance. Revisionen konstaterar dock att dessa inte efterlevs fullt ut och att den interna kontrollen behöver stärkas. Det gäller kontroll av upplägg och ändringar av attesträtter så att avvikelser mot gällande rutiner inte förekommer. Vidare bör formell kontroll ske för att säkerställa att behörigheterna i Raindance är aktuella.

Hantering av utanordning och utbetalning bedöms i allt väsentligt som tillräcklig.

Rekommendationer:
- Ledningen för SLSO bör se till att befintliga styrdokument avseende attest i ekonomisystemet stämmer överensstämmer med gällande arbetssätt och regelverk.
- Ledningen för SLSO bör införa en systematisk och formaliserad kontroll av upplagda behörigheter i Raindance för att säkerställa att behörigheterna är aktuella.

3.8 Granskning av inköp

Revisionen har granskat om SLSO säkerställer förutsättningar för en effektiv styrning och kontroll av inköpsverksamheten. SLSO upphandlar varor och tjänster för betydande värden. Under 2021 köpte SLSO varor och tjänster till ett värde av 2,6 mdkr. Därutöver förvaltar och följer nämnden knappt 600 avtal. SLSO har en organisation som präglas av decentraliserat beslutsfattande vilket innebär att inköpsbeslut fattas långt ut i organisationen. Med så stora volymer finns risk att konkurrens mellan leverantörer inte utnyttjas tillräckligt och att otillåtna direktupphandlingar genomförs. Risk finns också för att förutsättningar för aktiv avtalsuppföljning saknas vilket kan leda till att avtalade tjänster och varor inte levereras enligt överenskomna villkor.

SLSO styrs av för regionen gemensamma policys[13] och riktlinjer[14], men påverkas också av centralt samordnade upphandlingar, kategoristyrning och gemensamma systemstöd inom området inköp och upphandling. Som ett paraply över detta ligger lagen om offentlig upphandling (LOU)[15].

[13] Policy: Inköp (LS 2019-0063)
[14] Riktlinjer: Inköp (LS2018-0667)
[15] Lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU)

Det SLSO själva kan påverka är frågor som organisation, processer, intern styrning, kommunikation och rapportering. Granskningen har därför fokuserats på de delar som SLSO kan påverka samt följsamhet till central styrning.

SLSO – en del av Region Stockholm

Knappt två tredjedelar av SLSO:s köpvolym består av avrop på centrala avtal som upphandlats av upphandlingsenheten på serviceförvaltningen på regional nivå eller av Adda[16] på nationell nivå. Den pågående implementeringen av kategoristyrning på regionnivå påverkar även SLSO. Nämnden är kategoriansvariga för personbilar och *Fleet management*[17] och kommer att ha ansvaret för kategorierna *Hjälpmedel* och *Förbrukningshjälpmedel* som ska startas under 2023[18]. SLSO deltar även i regionens övergripande arbete med kategoristyrning, till exempel som kravställare vid upphandlingar och deltagande i styrgrupper. Även utanför de centralt implementerade kategorierna arbetar SLSO:s upphandlingsenhet kategoristyrt.

SLSO använder sig av de centralt upphandlade systemstöd för inköp som finns med undantag för system för beställning och uppföljning av hjälpmedel. Systemet för hjälpmedel är samma system som används i hela landet och där finns möjlighet till uppföljning på detaljnivå. Granskningen har visat att bristen på systemstöd i övrigt leder till stora svårigheter med att följa upp de inköp som görs, till exempel försvann möjligheten att koppla fakturor till avtal vid en uppdatering av ekonomisystemet Raindance. Inte heller det nya analyssystemet Spendency fungerar för uppföljning eftersom grunddata från Raindance är för dålig, enligt intervjuer.

Hjälpmedel är det största köpområdet och stod för över 30 procent av inköpsvolymen under 2021. Läkemedel, inhyrd bemanning och medicinsk service står för ungefär 10 procent var. Över 95 procent av köpen sker genom avrop på upphandlade avtal. Det handlar om tusentals avrop varje dag. SLSO genomför även direktupphandlingar. Enligt LOU får direktupphandling ske om den totala inköpsvolymen under ett år understiger 700 tkr. Regelverket följs för alla områden utom bemanning som överstiger gränsen. Under jan-okt 2022 direktupphandlade SLSO bemanningstjänster för 35 mnkr. I granskningen framkommer flera skäl till detta, till exempel avbrutna upphandlingar på SF Upphandling, en icke fungerande marknad för bemanningstjänster och bristande avtalstrohet från nämnder och bolag inom Region Stockholm. Alternativet till att direktupphandla hade enligt intervjuer varit att stänga verksamheter.

[16] Adda, tidigare SKL Kommentus, ett företag inom SKR, är ett verksamhetsstöd till offentlig sektor som bl.a. upphandlar ramavtal som t.ex. Region Stockholm kan avropa från.
[17] Plan för införande av kategoristyrt inköpsarbete i Region Stockholm (RS 2019-1148)
[18] Förslag till inköpskategorier och fördelning av kategoriansvar (RS 2021—0255)

Organisation
SLSO har en decentraliserad organisation där beslut om bland annat inköp fattas långt ut i organisationen. Som stöd till den övriga verksamheten har SLSO dock en central inköps- och upphandlingsfunktion med uppgift att genomföra upphandlingar och vägleda i frågor om inköp och upphandling. Här finns en funktionsbrevlåda och en supporttelefon som man skickar inköpsansökan vid direktupphandling.

I granskningen har framkommit att verksamheten uppfattar att budgetansvaret som följer med decentraliseringen underlättar kontroll över inköpskostnader och ger förutsättningar att beställa utifrån behov. Decentraliseringen innebär samtidigt att åtminstone ett hundratal av SLSO:s medarbetare är berörda av inköpsprocessen. Ofta är det sällananvändare som gör inköpen vilket gör att de ofta behöver hjälp av den central inköpsfunktionen.

Den verksamhet som avviker är Hjälpmedelsverksamheten vars huvudsakliga uppgift är just inköp och distribution av hjälpmedel. Hjälpmedelsverksamheten har därför en egen organisation för inköp och logistik samt ett särskilt systemstöd för inköp och uppföljning. Upphandlingar på hjälpmedelsområdet hanteras dock, liksom för övriga köpområden, av upphandlingsenheterna på SLSO och SF Upphandling.

Inköpsprocessen
SLSO:s inköpsprocess initieras av ett identifierat behov. I de allra flesta fall kan de behov som verksamheten har tillgodoses med hjälp av redan upphandlade avtal. Dessa finns i avtalskataloger på SLSO:s intranät. Om varan eller tjänsten finns upphandlad läggs en beställning i det inköpssystem som gäller för just den varan eller tjänsten. I de fall varan eller tjänsten inte finns upphandlad och den förväntade kostnaden är lägre än 10 tkr, kontaktar verksamheten en leverantör och genomför köpet.

Om kostnaden överstiger 10 tkr men understiger 650 tkr behöver verksamheten skriva en inköpsansökan samt begära in offerter från leverantörerna. Där ska bland annat framgå vad som behöver köpas och motivering till de synnerliga skäl som krävs för köp utanför avtal. Respektive verksamhetschef undertecknar sedan ansökan. Inköpsansökan granskas av den centrala inköpsfunktionen och därefter ska den administrativa direktören godkänna ansökan.

Om värdet överstiger 650 tkr behöver en formell upphandling genomföras. Den centrala inköpssupporten finns tillgänglig som stöd för alla delar i kedjan.

Upphandlare på såväl SLSO som SF Upphandling har ansvar för förvaltning av avtalen inom sina kategorier. Ansvaret innebär hantering av prisjusteringar, avtalsförlängningar och eventuella nya upphandlingar för respektive avtal. I samband med att inköpsbokslutet tas fram årligen görs även en sammanställning av de direktupphandlingar som genomförts under året.

Någon uppföljning av till exempel leveranser och kvalitet görs som regel inte av upphandlingsenheterna. Vem som har ansvaret för den typen av uppföljning är oklart. För avtal inom hjälpmedelsområdet, läkemedel och textil så görs mer fördjupad uppföljning. För köp genom ClockWork görs ingen uppföljning. Huvuddelen av SLSO:s beställningar i ClockWork går till MediCarrier som i sig följer upp visavi externa leverantörer.

Interna stödjande dokument och kommunikation

Inköp och upphandlingsarbetet styrs till största delen av externa regelverk och förutsättningar som exempelvis LOU och styrande dokument för Region Stockholm. SLSO har utifrån dessa tagit fram egna stödjande dokument. Den av sjukhusdirektören beslutade delegationsordningen beskriver roller, nivåer för inköp och upphandling, eventuell vidaredelegering samt vart information om beslutet ska rapporteras. Delegationsordningen utgår från den av nämnden beslutade delegationen till sjukvårdsdirektören. Det finns även process- och rutinbeskrivningar för inköps- och upphandlingsprocesserna. Granskningen visar att all information för att kunna göra inköp och upphandling enligt styrande dokument och rutiner finns lätt åtkomligt på SLSO:s intranät.

Processerna är tydligt beskrivna och länkar till mallar, avtalskataloger och kontaktuppgifter till support och funktionsbrevlådor finns lätt åtkomliga. Information om inköp och upphandling ingår också som en del i SLSO:s basutbildning för chefer. För att hantera frågor från verksamheten om inköp och upphandling finns tydliga ingångar på intranätet för hur man kan nå telefonsupport och funktionsbrevlådor. Även om processen upplevs som administrativt tung så framkommer det i granskningen att systemet fungerar väl och att verksamheten får det stöd de behöver för att kunna hitta rätt och göra sina inköp och upphandlingar enligt de riktlinjer som finns.

Varje år fattar nämnden beslut om vilka upphandlingar som ska göras under året. Upphandlingsplanen är en bilaga till verksamhetsplanen. I övrigt sker rapportering av inköp löpande vid behov och i mer sammanfattad form i det årliga inköpsbokslutet. Vid upphandlingar över 10 mnkr fattar nämnden beslut om upphandling ska inledas. Direktupphandlingar rapporteras generellt inte till nämnden. Inköp över direktupphandlingsgränsen hamnar ofta hos konkurrensverket vilket innebär att nämnden informeras inom ramen för ärenden mot andra myndigheter. Direktupphandlingar som avser bemanning diskuteras i nämnden men snarare utifrån SLSO:s förmåga att säkra verksamheten och en ekonomi i balans än inköpsperspektivet. I övrigt rapporteras inköp- och upphandlingsfrågor inom ramen för övrig ekonomirapportering.

Bedömning

Revisionen bedömer att SLSO:s inköpsverksamhet är utformad i enlighet med centrala styrande dokument och interna processer.

Revisionen bedömer även att processerna för inköp och upphandling är tydliga och kända i organisationen. Organisationen är decentraliserad med tydligt kostnadsansvar och utöver det finns ett flertal kontrollpunkter för att säkerställa att beloppsnivåer följs och att antalet direktupphandlingar begränsas. Revisionen bedömer att verksamheterna i de flesta fall får det de behöver; rätt produkt, med rätt kvalitet, till rätt plats, i rätt tid, till rätt pris, undantaget är bemanning. Revisionen bedömer att de problem som har identifierats i granskningen till exempel bristande systemstöd för uppföljning och funktionaliteten i centrala avtal, ligger utanför SLSO:s möjlighet att påverka.

Sammantaget bedömer revisionen att SLSO säkerställer förutsättningarna för en tillräcklig styrning och kontroll av inköpsverksamheten.

3.9 Arbetsmiljö

Arbetsmiljö och arbetsförhållanden är viktiga faktorer för att regionen ska vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare. I arbetsgivarens ansvar ingår både förebyggande arbetsmiljöarbete, åtgärdande av konstaterade brister i individuella insatser i form av rehabilitering. Ett bristfälligt systematiskt arbetsmiljöarbete riskerar att leda till ohälsa och ökad sjukskrivning, men också svårigheter att rekrytera och behålla personal.

Mot bakgrund av detta har revisionen genomfört en översiktlig granskning av hur arbetsmiljöarbetet vid SLSO fungerar. Granskningen omfattar även hanteringen av anmälningar enligt 6 kap 6 a § Arbetsmiljölagen till arbetsgivaren och/eller arbetsmiljöverket. Granskningen har skett av vårdgrenarna geriatrik och psykiatri. Inhämtning av underlag för 6:6a-anmälningar har skett för perioden januari 2020 – sista juni 2022.

God arbetsmiljö

I granskningen framkommer att SLSO:s arbete med den systematiska arbetsmiljö utgår från det regionövergripande årshjulet som finns tillgängligt på regionens intranät. En regiongemensam rutin[19] finns framtagen och SLSO har i sin tur tagit fram stödjande dokument[20] som beskriver vad SLSO:s arbetsmiljöarbete innebär i praktiken. Intervjuer visar att arbete med social hållbarhet sker löpande genom riksinventering och framtagande av handlingsplaner där åtgärder följs upp och utvärderas med hjälp av personalstatistik, skyddsronder, avvikelserapportering, medarbetarundersökning, lagefterlevnadskontroll samt interna och externa revisioner. SLSO är certifierad enligt ISO 45001, arbetsmiljö.

[19] Gemensam rutin för det systematiska arbetsmiljöarbetet och en årlig uppföljning fastställd av RLK 2022-10-03

[20] Arbetsmiljö, styrande principer (fastställd av HR-direktör 2021-10-27)

Ett flertal utbildningar inom systematiskt arbetsmiljö arbete finns tillgängliga för SLSO:s medarbetare och chefer, både obligatoriska och frivilliga. Under 2023 planeras partsgemensamma fysiska utbildningar, Sunt Arbetsliv, som tagits fram av SKR (Sveriges kommuner och regioner).

Inom regionen och SLSO genomförs medarbetarundersökningar på ett regelbundet. I granskningen framkommer att resultaten från medarbetarundersökningarna används i varierande grad mellan vårdgrenarna. Resultatet av medarbetarenkäten visar att det finns ett flertal personer som upplever en osäkerhet vart de ska vända sig om de upplevt att de blivit utsatt för våld/hot, sexuella trakasserier eller kränkande särbehandling. Det är väsentligt att informations- och utbildningsinsatser genomförs kopplat till detta.

Samverkan regleras mellan parterna i ett lokalt framtaget samverkansavtal [21]. I granskningen framkommer att förekomsten av skyddsombud varierar mellan verksamheterna vilket kan påverka möjligheterna till samverkan negativt. Intervjuer visar dock att samverkan över lag fungerar bra inom SLSO. Granskningen visar också att det systematiska arbetsmiljöarbetet och eventuella avvikelser inom området är stående punkt på respektive vårdgrens dagordning för APT (arbetsplatsträffar).

SLSO använder sig av regionens webbaserade system för rapportering av olycksfall och tillbud, HändelseVis. Granskningen visar att användningen av statistiken sker skiljer sig åt mellan vårdgrenarna och det finns utrymme för att i högre utsträckning använda statistiken för att identifiera förbättringsområden.

Styrande dokument

Granskningen visar att det på intranätet finns dokumenterade styrdokument som tydliggör hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas inom SLSO och att de omfattar även roll- och ansvarsfördelning. Vidare framkommer att riskanalyser och handlingsplaner genomförs och tas fram i enlighet med SLSO:s styrande dokument[22]. I dokumentet beskrivs att det systematiska arbetsmiljö arbetet ska bestå av att undersöka arbetsmiljön, genomföra åtgärder och följa upp verksamheten. Granskningen visar dock att det saknas tydliga instruktioner avseende hur upprättade handlingsplaner och riskanalyser ska sparas och förvaras.

Intervjuer visar att styrdokumenten är kända i organisationen och att det finns en upplevd tydlighet kring roller och ansvar. Rutinerna omfattar även uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

[21] Samverkansavtal för arbetsmiljö, medbestämmande, jämställdhet och mångfald inom Stockholms läns sjukvårdsområde 2021-03-12
[22] Riksinventering och bedömning inom arbetsmiljöområdet fastställda av HR-direktör 2021-04-08

Det framkommer att det finns en fördelning av arbetsmiljöuppgifter som på ett tydligt sätt omfattar kompetens, befogenheter och resurser[23].

Uppföljning och återrapportering till nämnden
Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete[24] ska arbetsgivaren varje år göra en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet samt dokumentera uppföljningen skriftligt. Granskningen visar att så sker och att rapporten, som är baserad på en enkät till alla chefer inom SLSO, ger en bild på övergripande nivå för SLSO men även per vårdgren och enhet. Rapportering av den årliga uppföljningen sker till nämnden i början av året, näst kommande år.

Anmälningar enligt Arbetsmiljölagen
Av SLSO:s riktlinje Arbetsmiljöverkets inspektioner[25] framgår att Arbetsmiljöverket, i rollen som tillsynsmyndighet, kan besöka (både anmäld och oanmäld) arbetsplatser för att kontrollera arbetsmiljön och att den lever upp till de krav som ställs i arbetsmiljölagen och föreskrifter. Riktlinjen omfattar även ett avsnitt angående anmälningar enligt 6 kapitlet 6a § Arbetsmiljölagen till Arbetsmiljöverket. Under den granskade perioden januari 2020 till och med juni 2022 gjordes inom de granskade verksamhetsområdena 4 anmälningar. Det framkommer i granskningen att det saknas en rutin som beskriver tillvägagångssättet för anmälningar enlig 6 kap 6 a § Arbetsmiljölagen.

Bedömning
Revisionen bedömer sammantaget, utifrån genomförd granskning, att en fördjupad granskning inte behöver göras i anslutning till den övergripande granskningen.

3.10 Hantering av externa projekt

En granskning har genomförts av SLSO:s styrning av externa projekt. Syftet har varit att bedöma om SLSO har en tillräcklig styrning och kontroll avseende hantering och redovisning av externt finansierade projekt.

Enligt Region Stockholms interna riktlinjer[26] är ett projekt en aktivitet som har ett specifikt syfte, är avgränsad i tid och kräver särskild redovisning/uppföljning. Projektet genomförs av en tillfällig organisation, som är sammansatt utifrån de krav som projektets genomförande ställer. Inom Region Stockholms enheter skiljer man mellan internt finansierade och externt finansierade projekt. Denna granskning är avgränsad till externt finansierade projekt.

[23] Arbetsmiljö - styrande principer övergripande anvisning för SLSO, (SLOS 2021-2725)
[24] AFS 2001:1 11 §
[25] Arbetsmiljöverkets inspektioner, fastställd av HR-direktör 201-06-11
[26] Regionens regler och anvisningar för projektredovisning (Ekonomihandboken)

Till grund för SLSO:s skuldredovisning för externa projekt finns bland annat avtal från HSF som reglerar hur medlen får användas. Tidigare granskningar har visat att det inte alltid framgår vilket statsbidrag som avses, hur stor del som erhållits eller hur medel har fördelats internt i regionen.

Enligt god redovisningssed, regionens interna riktlinjer och RKR R2[27] ska projekt som saknar extern förpliktelse intäktsföras i den period som medlen tillfaller mottagaren. Tidigare granskningen har visat att så inte har skett.

I årsbokslutet 2021 redovisade SLSO en skuld avseende externa projekt på 358 mnkr. I granskningen framkom att underlag saknades för att bedöma hur stor del som avsåg interna projekt och inte skulle skuldföras samt från vilka motparter medlen hade erhållits.

Mot bakgrund av detta har revisionen genomfört en fördjupad granskning av riktlinjer och rutiner för hantering av externa projekt och om kontrollerna i den löpande redovisningen är tillräckliga samt om det finns rutiner för hur färdigställda projekt ska avslutas

I granskningen framkommer att det finns styrande dokument som avser hantering av externa projektmedel både på regionnivå[28] och lokal nivå på SLSO[29]. Granskningen visar dock att dessa inte följs fullt ut.

Som grund för upplägg av ett projekt ska en ansökan om kostnadsställe och ett avtal från finansiären finnas. Blanketten Ansökan om projektkostnadssälle ska undertecknas av projektledare och verksamhetschef och skickas till Redovisningsservice på Serviceförvaltningen. Granskningen visar att flertalet av de granskade underlagen finns men att det ofta förkommer fel och att information saknas. Bland annat saknas i flera fall information i avtalen om hur återrapportering ska ske.

I granskningen framkommer att ansvaret för löpande kontroller av pågående projekt ligger hos projektledare samt projektekonom. Den genomförda granskningen kan inte visa på att löpande kontroller sker eller att de görs på ett systematiskt och regelbundet sätt i verksamheten. Inför bokslut tar Redovisningsservice ut en rapport från ekonomisystemet som visar vilka projekt som finns upplagda. Någon uppföljning av projekten görs inte från redovisningsservice sida, ansvaret för det ligger på berörd verksamhet. Det saknas även systematiska och formaliserade kontroller i syfte att säkerställa en rättvisande redovisning och uppföljning utifrån nämnda rapport.

---

[27] RKR R2, Rådet för kommunal redovisning, rekommendation intäkter
[28] Regionens regler och anvisningar för projektredovisning (Ekonomihandboken)
[29] Hantering av projekt för forskning och utveckling - övergripande anvisning för SLSO (SLSO 2021-3727)

När ett projekt upphört ska projektet avslutas och projektkostnadsstället stängas i Raindance. Överskott respektive underskott får inte överföras till nästa år även om verksamheten är långsiktig och sträcker sig över flera år.

I granskningen framkommer att SLSO har anvisningar och rutiner för projektavslut och förlängning av projekt, samt hantering av eventuella över- och underskott. Granskning visar dock att hanteringen inte sker i enlighet med dessa.

Utifrån genomförda granskningar av underlag framkommer att anslag överförs mellan olika år och att underskott inte resultatförts. Granskningen visar också att det finns ett antal projekt som borde vara avslutade men inte är det. I granskningen framkommer att det inte finns systematiska och löpande kontroller av projekt som säkerställer att projekt avslutas korrekt i redovisningen. I granskning framkommer dock att SLSO under året rättat stora delar av de skuldförda projektmedel som noterades i årsbokslutet för 2021.

Bedömning

Genomförd granskning visar på avvikelser från interna anvisningar och rutiner. Revisionen bedömer att det saknas löpande kontroller för att säkerställa rättvisande redovisning av externa projekt och för att säkerställa att projekt avslutas korrekt i redovisningen. Den interna kontrollen i hanteringen av riktlinjer och rutiner för externa projekt, löpande kontroller samt rutiner för hur projekt avslutas bedöms inte som tillräcklig.

Revisionen bedömer att SLSO bör fortsätta arbetet med att säkerställa att hanteringen av externa projekt sker i enlighet med gällande regler och rutiner, samt i enlighet med god redovisningssed

De rekommendationer som lämnades i samband med årsrapport 2020 och 2021 bedöms därmed kvarstå.

3.11 Avrapporterade granskningar i delrapport

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

3.11.1 Granskning av antibiotikaresistens

I delårsrapporten redovisades en granskning av arbetet mot antibiotikaresistens inom Region Stockholm. Revisionens granskning visar att förskrivningen under de senaste tio åren har minskat med 45 procent och ligger sedan 2020 under det nationella målet om 250 recept per 1 000 invånare. Förskrivningen har stadigt gått neråt under tioårsperioden men med en kraftigare nedgång 2020. Revisionen konstaterar också att SLSO:s förskrivning per besök är betydligt lägre än snittet för övriga vårdcentraler och husläkarmottagningar i regionen.

3.12 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har förutom basgranskningen även genomfört fördjupade granskningar inom specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys, som redovisas nedan.

3.12.1 Intern kontroll avseende intäkter och kostnader för ST-tjänster

En granskning har avrapporterats i delrapporten 2022 för SLSO avseende hanteringen av intäkter och kostnader för ST-tjänster i syfte att bedöma den interna kontrollen.

Den 1 april 2019 fick SLSO i uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden att administrera och hantera ST-tjänster i närsjukvården. Uppdraget är driftformsoberoende och regleras i ett särskilt avtal mellan HSF (beställare) och SLSO (leverantör) och omfattar ST-tjänster i allmänmedicin, psykiatri och geriatrik, samt några mindre tilläggsspecialiteter. Av verksamhetsberättelsen för 2022 framgår att det totalt finns ca 1 060 aktiva ST-tjänster i närsjukvården, varav 550 inom SLSO:s egna verksamheter.

Hanteringen av ST-tjänster är en intern process inom Region Stockholm och regleras utifrån avtal. Granskningen har visat att det finns ändamålsenliga rutiner och systematiska kontroller i den löpande hanteringen. Uppföljning i enlighet med avtal har inte genomförts under pandemiåren, men det uppges vara överenskommet med HSF. Vidare ger granskningen utifrån genomförda kontroller av fakturerade kostnader från privata vårdgivare att ersättningen som betalats ut, i allt väsentligt, är i enlighet med avtalade villkor och fakturaunderlag. Det har dock inte varit möjligt att fullt ut verifiera antalet ST-tjänster mot underlag för fakturering avseende geriatrik och psykiatri. Kontrollmoment för att göra det bedöms dock finnas på plats.

Bedömning

Revisionen bedömer att hanteringen av intäkter och kostnader för ST-tjänster i allt väsentligt är tillräcklig.

3.13 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.

Säkerställande av att husläkarmottagningar kallar till SIP (samordnad individuell planering)

SLSO:s rekommendation som avser behovet av att säkerställa att husläkarmottagningarna kallar till SIP när någon av de berörda parterna bedömer att det behövs. Under året har SLSO fortsatt att förtydliga när SIP ska utföras samt vilka krav det finns på SIP. SLSO följer regelbundet upp hur många SIP:ar som genomförts genom statistik från hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Detta arbete är inriktat både mot de regionala och de privata husläkarmottagningarna. För att öka antalet genomförda SIP:ar samverkar SLSO med andra aktörer som är involverade i SIP-arbetet, för dialog kring uppdraget och för att följa upp utförandet. Antalet genomförda SIP:ar har ökat jämfört med föregående år. Under året har också det nya systemet, LifeCare SP, införts i regionen. Revisionen bedömer att rekommendationen är åtgärdad.

Kris och katastrofmedicinsk beredskapsplan
Revisionen har följt upp rekommendationen avseende uppdatering den lokala kris- och katastrofmedicinska planen med erfarenheter från både tidigare kriser och pandemin i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner. Granskning visar att SLSO vid nämndsammanträdet den 14 december 2022 fattade beslut om en ny reviderad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. Revisionens översiktliga granskning visar också att nämnden i denna revidering och i tidigare revideringar successivt har omhändertagit erfarenheter från pandemin samt att man har följt regionala styrdokument. Revisonen bedömer den rekommendationen som åtgärdad.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av 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 Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)

Granskningen visar att verksamhetsberättelsens ekonomiska delar överensstämmer med den finansiella rapporteringen i Cognos Controller[30] och redogör för det ekonomiska utfallet samt de förändringar som skett jämfört med budget samt föregående år.

För följande poster i balansräkningen bedöms det finnas en osäkerhet avseende posternas värdering:

- *Maskiner och inventarier*: I likhet med tidigare år saknas per balansdagen en fullständig inventering av tillgångarna. Avstämningen visar att för 99 av 688 enheter saknas inventeringsrapporter.

[30] System för koncernrapportering

- *Skuldförda projektmedel:* SLSO har under 2022 rättat tidigare balanserade projektmedel på 203 mnkr, varav 193 mnkr har återbetalats till HSF och 10 mnkr har resultatförts. Återstoden av balanserade projektmedel uppgår i bokslutet till 81 mnkr, varav 22 mnkr bedöms balansgilla utifrån genomförd verifiering inom ramen för genomförd fördjupad granskning. Det bedöms inte finnas risk för väsentliga fel i posten som påverkar bedömningen av rättvisande räkenskaper, även om det kan finnas medel som saknar extern förpliktelse och därmed inte bör redovisas som en skuld utan återbetalats alternativt resultatföras. Totalt återfinns 133 projekt som redovisas med en skuld i bokslutet. För 105 av dessa är skuldbeloppet under 1 mnkr. (se avsnitt3.10)

I granskningen har inga väsentliga avvikelser med påverkan på resultatet noterats.

Bedömning
Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättad enligt god redovisningssed, enligt regionens anvisningar och i enlighet med lag om kommunal redovisning och bokföring och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

För ett antal poster i balansräkningen bedöms det dock finnas en osäkerhet i posternas värdering. Det kan även finnas skuldförda projektmedel som saknar extern förpliktelse som inte bör redovisas som en skuld utan bör återbetalas alternativt resultatföras. Dessa poster bedöms dock i bokslutet inte uppgå till väsentliga belopp som påverkar bilden av rättvisande räkenskaper.

4.2 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. Av totalt 7 rekommendationer som avser räkenskaper har 2 delvis åtgärdats. 4 rekommendationer kvarstår avseende säkerställande av attest av utanordningslistor för lön, stickprovskontroller i lönesystemet, redovisningstransaktioner av ledningsnära kostnader och årlig inventering av anläggningstillgångar och en rekommendation bedöms som åtgärdad. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

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@regionstockholm.se.

Region Stockholm

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
Org.nr: 232100-0016