Yttrande över Regionrevisorernas årsrapport 2020 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet

Revisorerna i revisorsgrupp II har vid sammanträde 2021-03-31 beslutat att överlämna årsrapport 2020 till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2021-08-31. 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. Revisorerna önskar särskilt nämndens synpunkter när det gäller att säkerställa intern styrning och kontroll inom kris- och katastrofhantering och beslutsrätter, inköpsprocessen, samt miljöarbetet.

Förvaltningens motivering och yttrande

Revisorerna har i särskild ordning granskat styrande dokument för Region Stockholms nämnder, utskott och beredningar med avseende på om dessa är tillräckligt tydliga när det gäller ansvar, uppgifter och befogenheter. För 2020 har fokus för denna granskning varit hanteringen av den pågående pandemin orsakad av covid-19.

Regionrevisorerna har i en särskild granskning tittat på hanteringen av den pågående pandemin orsakad av covid-19 för att bedöma om Stockholms läns sjukvårdsområde har följt gällande styrande dokument samt om förvaltningen har fattat beslut på ett korrekt sätt i enlighet med gällande beslutsrätter. Revisorerna bedömer att nämnden, liksom regionen i sin helhet inte har haft tillräcklig beredskap för en så stor och utdragen kris. Däremot bedömer revisorerna att SLSO underhand har hanterat de uppkomna situationerna samt att SLSO:s ordinarie verksamhet har hanterats på ett tillfredsställande sätt trots pandemin. Förvaltningen anser att det är svårt att ha tillräcklig beredskap för en världsomfattande pandemi som inte har kunnat förutspås och som har påverkat alla delar av vårt samhälle.

Revisionen bedömer att nämnden bör uppdatera 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. SLSO tar till sig rekommendationen och har påbörjat ett arbete med att tillvara erfarenheter från början av pandemin i det fortsatta arbetet med att hantera pandemin under 2021 samt delta i regionövergripande arbete om kris- och katastrofhantering. Vidare föreslår revisorerna att nämnden bör säkerställa att de beslutsrätter vid en kris som delegerats på förhand och redovisas i olika planer även framgår i delegationsordningen, för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter. Revisorerna skriver i sin rapport att nämnden fattat särskilt beslut om att

inrätta ett nytt verksamhetsområde för att kunna fatta erforderliga beslut i enlighet med gällande delegationsordning. Revisorerna skriver även att SLSO under pandemin fattat beslut inom ramen för gällande delegationsordning. SLSO tar därför delvis till sig av rekommendationen om beslutsrätter. Det är förvaltningens bedömning att hanteringen av beslut fattade under pandemin inom ramen för gällande delegationsordning har bidragit till en fungerande hantering av uppkomna situationer under den pågående pandemin.

Vidare påtalar revisorerna att förvaltningsledningen bör utveckla den interna kontrollen av fakturering i inköpsprocessen samt säkerställa att balanserade projektmedel följer god redovisningssed och regionens riktlinjer. Förvaltningen tar till sig rekommendationerna och kommer arbeta med att utveckla den interna kontrollen inom dessa områden under 2021.

Slutligen framför revisorerna att förvaltningsledningen bör följa upp följsamheten till handlingsplaner och rutiner vad gäller miljö och återkoppla erfarenheter av dessa. Förvaltningen tar delvis till sig rekommendationen då det inom ramen för både intern och extern revision, utifrån förvaltningens ISO-certifieringar där miljö ingår som en del, löpande stämmer av och följer upp detta. Förvaltningen genomför dessutom en återkommande årlig enkät som skickas ut till samtliga verksamheter.

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, samt

att överlämna yttrandet till revisorerna i revisorsgrupp II.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Regionrevisorerna

2021-03-31

Diarienummer
RK 2020-0016

Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2020
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2021-03-31 att överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2021-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Signering har genomförts digitalt

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2020

Stockholms läns sjukvårds-område

Region Stockholm

Regionrevisorerna

2021-03-31

Diarienummer
RK 2020-0016

Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2020
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2021-03-31 att överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2021-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Signering har genomförts digitalt

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

Sammanfattning – Stockholms läns 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.

Den pågående coronapandemin har kraftigt påverkat regionens verksamhet och ekonomi under året. Flera av regionens nämnder och styrelser har tidvis tvingats att helt ställa om sin verksamhet. Detta har inneburit svårigheter att utifrån regionfullmäktiges beslut utföra ordinarie uppgifter, vilket i sin tur innebär att nämndens revisionsansvar i många fall är mycket svårt att bedöma. Revisionen har fått anpassa sin granskning utifrån dessa förutsättningar. Därför bedömer revisionen inte nämndens ekonomi, verksamhet samt interna styrning och kontroll för 2020 utifrån den tregradiga skala som vanligen används.

De förtroendevalda revisorerna har vad gäller ansvarsprövningen i sitt underlag till fullmäktige fortfarande att ta ställning till hur ekonomi, verksamhet samt intern styrning och kontroll har skötts i relation till respektive verksamhets påverkan av coronapandemin.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämndens ekonomi har under året påverkats i stor utsträckning av den pågående coronapandemin. Enligt beslut i fullmäktige undantas nämndens merkostnader och minskade intäkter avseende coronapandemin vid resultatbedömningen. Nämndens merkostnader och minskade intäkter under 2020 uppgår till 173 mnkr. Nämnden har för 2020 beviljats statsbidrag för täckning av merkostnader till följd av coronapandemin på 146 mnkr.

Årets resultat uppgår till 229 mnkr. Nämndens resultat justerat för nettoeffekten av statsbidrag och merkostnader/minskade intäkter för coronapandemin uppgår till 256 mnkr, medan fullmäktiges resultatkrav uppgår till 220 mnkr. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Coronapandemin har haft en stor påverkan på nämndens möjligheter att uppnå vissa av fullmäktiges mål. Regionledningskontoret har i anvisningar för årsrapporteringen angett att indikatorer som inte går att mäta på grund av coronapandemin inte ska ingå i målbedömningen och att nämnden ska kommentera detta i sin verksamhetsberättelse.

Nämnden har i verksamhetsberättelsen inte kommenterat att något mål sammantaget inte kunnat mätas. Fullmäktiges mål har uppnåtts när det gäller ”Region Stockholms klimatpåverkan ska minska”, ”Region Stockholms miljöpåverkan ska minska, ”Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid

extraordinära händelser och klimatförändringar", "Kärnverksamheten ska prioriteras", "Social hållbarhet" och målet om "Hög innovations- och digitaliseringsgrad". Fullmäktiges mål om "Systematisk kompetensförsörjning" har inte uppnåtts vilket förklaras av pandemirelaterade orsaker.

De nämndspecifika målen "Vård i rätt tid", "Säker vård", "Effektiv vård", "Stärkt folkhälsa" och "Vård med patienten i fokus" har enligt anvisningar uppnåtts. Målet ses som uppnått när utfallet innebär att hälften eller fler av indikatorerna är uppfyllda.

Det ekonomiska resultatet bedöms ha uppnåtts medan det verksamhetsmässiga resultatet, utifrån de förutsättningar som pandemin inneburit, i huvudsak bedöms ha uppnåtts.

Intern styrning och kontroll

Nämndens arbete har under året påverkats i stor utsträckning av den pågående coronapandemin. Revisionen bedömer att nämnden och regionen som helhet, liksom övriga regioner, inte har haft en tillräcklig beredskap för en så omfattande och i tid utdragen kris. Det har inneburit att samtidigt som det operativa krisarbetet pågått har verksamheten delvis fått skapa nya rutiner och arbetssätt för hanteringen av det i tid utdragna krisläget.

Revisionen bedömer att SLSO:s ledning efter hand löst de utmaningar pandemin inneburit för den egna verksamheten och även de uppdrag de fått att hantera för regionen i stort, bland annat Team för smittspårning och övertagandet av Älvsjö sjukhus. Parallellt med de tillkommande uppdragen har SLSO:s ordinarie verksamhet till stora delar pågått som normalt vilket ställt stora krav på en fungerande organisation även i förhöjda beredskapslägen.

Revisionen bedömer att nämnden bör uppdatera den lokala kris- och katastrofmedicinska planen med erfarenheter från både tidigare kriser och pandemin. SLSO bör även, tillsammans med hälso- och sjukvårdsnämnden, fortsatt bidra till att tydliggöra SLSO:s roll i krisarbetet för att t.ex. förenkla vid kommande eventuellt behov av att samordna all primärvård i länet. Den överenskommelse som planeras med hälso- och sjukvårdsnämnden om att SLSO ska få ansvar för att stödja de vårdcentraler som har i uppdrag att samordna samverkan i sin kommun eller stadsdel, bör underlätta för detta.

I revisionens granskning av hanteringen av coronapandemin framkommer därtill att nämnden behöver säkerställa att de beslutsrätter vid en kris som delegerats på förhand och redovisas i olika planer även framgår i delegationsordningen, för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter.

Revisionen bedömer att nämnden, utöver de rekommendationer som lyfts i den särskilda granskningen av hanteringen av pandemin, även bör utveckla den interna kontrollen i inköpsprocessen. Revisionen har vid granskning uppmärksammat att denna behöver stärkas när det gäller kontroll av att

fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och att kontroller görs av kostnaderna i samband med godkännande och attest.

Revisionen har under året även granskat nämndens arbete med hållbar läkemedelskedja och gör bedömningen att SLSO, för att bättre kunna ge verksamheterna stöd i miljöarbetet, bör följa upp och återkoppla erfarenheter gällande handlingsplaner och rutiner som rör miljö.

Nämnden bedöms sammantaget, utifrån de förutsättningar som pandemin inneburit, haft tillräckliga rutiner för nämndens interna styrning och kontroll.

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 1

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 2
2.1 Ekonomiskt resultat 2
2.2 Verksamhetsmässigt resultat 4

3 Hanteringen av coronapandemin 9
3.1 Nämndens beredskap för en långvarig kris 9
3.2 Styrdokument för krisberedskap 9
3.3 Roll- och ansvarsfördelning under pandemin 12
3.4 SLSO:s utökade uppdrag 14
3.5 Kompetensförsörjning 17
3.6 Kriskommunikation 17
3.7 Dokumentation 18
3.8 Nämndens styrning och uppföljning 18

4 Intern styrning och kontroll 21
4.1 Ekonomistyrning 21
4.2 Uppföljning av internkontrollplan 22
4.3 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård 23
4.4 Hållbar läkemedelskedja 24
4.5 Inköpsprocessen 28
4.6 Projektredovisning SLSO 29
4.7 Avrapporterade granskningar i delrapport 30
4.8 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 30
4.9 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 31

5 Räkenskaper 31
5.1 Årsbokslutet inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse) 32
5.2 Redovisning av omställningskostnader 32
5.3 Redovisning av erhållna bidrag för täckning av merkostnader 32
5.4 Anläggningstillgångar 33
5.5 Avrapporterade granskningar i delrapporterings-PM 33
5.6 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 33
5.7 Samlad bedömning av räkenskaper 33

6 Nämndens yttrande över delrapport 2020 34

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden/styrelsen

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Förteckning över under året lämnade PM

Följande PM har från revisionskontoret har lämnats till ledningen för förvaltningen:

Hanteringen av coronapandemin, se avsnitt 3 och *Hållbar läkemedelskedja* se avsnitt 4.4.

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 ansvarar enligt reglementet för Region Stockholms verksamhet inom primärvård, psykiatrisk vård, barn- och ungdomspsykiatrisk vård, beroendevård, geriatrisk vård, avancerad sjukvård i hemmet, funktionshinder- och habiliteringsverksamhet inklusive tolkcentral, hjälpmedelsverksamhet och somatisk specialistvård genom särskilda avtal. SLSO ska ansvara för FoUU-verksamhet inom sina verksamhetsområden, inklusive utveckling inom folkhälsoområdet samt utföra andra uppdrag enligt särskilda beslut. Verksamheten ska omfatta den vård och de tjänster som har överenskommits med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare.[1]

SLSO består av fem verksamhetsområden: VO Primärvård, VO Somatisk specialistvård, VO Psykiatri, VO Habilitering och hjälpmedel och VO Forskning, utveckling och utbildning. Den 6 april beslutade SLSO:s nämnd att inrätta VO Särskilda insatser som omfattade övertagande och driften av Älvsjö sjukhus.[2] SLSO har under 2020 omfattat totalt 128[3] självständiga resultatenheter.

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

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

[1] RS 2019-0829
[2] VO Särskilda insatser, beslut i nämnden för SLSO 2020-04-06. Sjukhuset mottog aldrig några patienter och avvecklades med start 4 juni 2020. Har formellt funnits i SLSO:s förvaltning under hela 2020.
[3] 128 st. RE, produktivitet räknas på 104 st.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2020	Bokslut 2020	Bokslut 2019
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	12 692	12 858	12 580
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-12 472	-12 629	-12 351
- varav omställningskostnader	*- 68*	*- 29*	*-38*
Årets resultat	**220**	**229**	**229**
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	173	-
Erhållna bidrag (kompensation för coronarelaterade merkostnader)	-	-146	-
Justerat resultat[4]	**-**	**256**	**-**
Balansomslutning (mnkr)	-	2 717	2 513
Årsarbetare (antal)	11 574	11 633	11 596

Årets resultat uppgår till 229 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige[5] undantas nämndens merkostnader och minskade intäkter avseende coronapandemin vid resultatbedömningen. Nämndens merkostnader uppgår till 173 mnkr och de minskade intäkterna under 2020 beräknas av nämnden till 257 mnkr (se 2.1.1). Samtidigt anger nämnden att det är svårt att beräkna ett faktiskt intäktsbortfall till följd av pandemin då nämndens olika verksamheter inte bara tappat intäkter, utan även fått ökade intäkter till följd av pandemin. Därför har endast de coronarelaterade merkostnaderna räknats in i justerat resultat i tabellen ovan.

Socialstyrelsen har i två omgångar beviljat Region Stockholm statsbidrag som ersättning för coronarelaterade merkostnader t.o.m. november 2020.[6] Detta innebär att nämndens resultat innehåller ersättning för merkostnader för 11

[4] Årets resultat justerat för nettoeffekten av coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall och erhållet bidrag för täckning av dessa (2020).
[5] RS 2020-0054. De nämnder/styrelser som beslutet gäller är HSN, VKN, PAN, SLSO, Karolinska, TN, FtjN och RS.
[6] I januari 2021 kom ett förslag om att även upparbetade merkostnader under december ska kunna ingå i statsbidraget, då de totala merkostnaderna inrymdes i budgeten för statsbidrag för detta ändamål. Beslut fattas under 2021

månader med 146 mnkr[7]. Nämnden har dock haft merkostnader till och med december 2020, dvs. för 12 månader, på 173 mnkr. Statlig ersättning för december kommer att utgå men intäkten redovisas inte 2020. (Se avsnitt 5.3)

Nämndens resultat justerat för nettoeffekten av ovanstående[8] uppgår till 256 mnkr, vilket är högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

2.1.1 Jämförelse med budget 2020

Verksamhetens intäkter uppgår till 12 858 mnkr, vilket är 166 mnkr (1,3 procent) högre än budgeterat. Intäkterna för erhållna bidrag överstiger budgeten med ca 283 mnkr. I dessa ingår statlig ersättning för ökade kostnader med anledning av coronapandemin (146 mnkr) och ersättning för ökade sjuklönekostnader från Försäkringskassan (108 mnkr) som inte var budgeterat. Lägre intäkter för sålda primärtjänster, patientavgifter och försäljning av övriga tjänster redovisar sammantaget ett utfall som är 185 mnkr lägre än budget, medan övriga intäkter, framför allt för obudgeterade projekt och smittspårningsaktiviteter uppgår till 68 mnkr.

Nämnden har till regionledningskontoret rapporterat att coronapandemin har medfört minskade intäkter på 257 mnkr i form av produktionsbortfall, främst inom primärvården och den somatiska specialistvården. Vissa verksamheter har dock erhållit högre ersättning än budget, exempelvis utomlänsvård och hemsjukvård m.m. vilket innebär att de i stort tar ut varandra.

Verksamhetens kostnader exkl. avskrivningar och finansiella poster uppgår till 12 423 mnkr, vilket är 162 mnkr (1,3 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 194 mnkr hänförbart till ökade personalkostnader, varav avvikelsen för inhyrd personal är 237 mnkr högre än budget, medan övriga personalrelaterade kostnader som kostnaderna för utbildning, konferenser är 44 mnkr lägre än budgeterat. Kostnader för läkemedel, material och lokal- och fastighetskostnader överstiger sammantaget budgeten med 101 mnkr, medan kostnaderna för köpta primära sjukvårdstjänster, verksamhetsknutna tjänster och övriga kostnader, bland annat lägre omställningskostnader understiger budgeten med 136 mnkr.

Årets investeringar uppgår till 203 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 327 mnkr vilket innebär en avvikelse på 124 mnkr. Budgetavvikelsen beror i huvudsak på uppskjutna investeringar med anledning av pandemin. Mot bakgrund av att SLSO arbetar med att minska lagerhållningen av hjälpmedel, underskrider även hjälpmedelsinvesteringarna årets budget.

Avvikelser i förhållande till budget har på övergripande nivå i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens

[7] Det statsbidrag som regionen ansökt om avseende december är enligt rekommendation från Rådet för kommunal redovisning, RKR, inte medräknat i resultatet.
[8] Nettoeffekten av de faktiska merkostnader och minskade intäkter och de erhållna statsbidragen för att täcka merkostnader.

verksamhetsberättelse. Analysen av avvikelser på verksamhetsområdesnivå kan utvecklas.

Då coronapandemins inverkan på ekonomin påverkat regionens verksamheter, om än i olika grad, försvåras jämförelser med året innan. Revisionen gör därför inte jämförelser med utfall för 2019 för någon av regionens styrelser eller nämnder.

2.1.2 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.

Revisionen kan konstatera att resultatet både inklusive och exklusive covidrelaterade merkostnader och intäktsbortfall ger ett utfall som är högre än fullmäktiges resultatkrav för nämnden.

2.2 **Verksamhetsmässigt resultat**

2.2.1 Måluppfyllelse

Regionledningskontoret har i anvisningar för verksamhetsberättelsen angett att indikatorer som inte går att mäta på grund av coronapandemin inte ska ingå i målbedömningen och att nämnden ska kommentera detta i sin verksamhetsberättelse. Fullmäktige har, när denna rapport avlämnas, inte tagit något motsvarande beslut om undantag i bedömningen av utfallet för mål och indikatorer på grund av coronapandemin som skett för merkostnader och intäktsbortfall.

Av de övergripande nio målen (utöver målet om ”Ett resultat i balans”) är sex helt uppfyllda: ”Region Stockholms klimatpåverkan ska minska”, ”Region Stockholms miljöpåverkan ska minska, ”Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar”, ”Kärnverksamheten ska prioriteras”, ”Social hållbarhet” och målet om ”Hög innovations- och digitaliseringsgrad” uppnås. Målet Hållbar investeringsutveckling redovisar inget utfall för någon av fullmäktiges indikatorer.

De nämndspecifika målen ”Vård i rätt tid”, ”Säker vård”[9], ”Effektiv vård”, ”Stärkt folkhälsa” och ”Vård med patienten i fokus” har samtliga uppnåtts. För nämnda mål är utfallet att hälften eller fler av indikatorerna är uppfyllda.

[9] För indikatorn Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) tillhörande målet ”Säker vård” är målnivån mindre än 130. För 2020 redovisas ett bättre resultat jämfört med 2019 med ett utfall på 82 (jämfört med 2019 års resultat 107,5) SLSO uppger dock att det är oklart till vilken grad pandemin påverkat indikatorn och utfallet varför resultatet ska tolkas med försiktighet.

Den pågående pandemin har påverkat måluppfyllelsen i synnerhet när det gäller fullmäktiges mål ”Systematisk kompetensförsörjning” vilket bland annat medfört att flera planerade aktiviteter inte kunnat genomföras. SLSO förklarar utfallet med att pandemin haft stor påverkan på aktiviteter inom kompetensförsörjning och att detta område fått nedprioriteras till förmån för annan omställning i organisationen. Ingen av fullmäktiges tre indikatorer[10] för målet har uppnåtts. Av nämndens två egna indikatorer kopplat till målet uppnås en: Indikatorn Andelen vårdverksamheter med en inhyrning över 2 % har ett utfall på 30 procent vilket är en förbättring jämfört med föregående år då motsvarande siffra var 35 procent. Nämndens andra indikator, Andel inhyrd vårdpersonal, redovisar ett utfall på 3,2 procent vilket är 1,2 procent över målvärdet men en förbättring jämfört med 2019.

Nämnden uppger att Målet ”Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare” delvis uppnås, se avsnitt 2.2.2.

2.2.2 Region Stockholm- Attraktiv arbetsgivare

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

Målet Region Stockholm-attraktiv arbetsgivare uppnås delvis.

Liksom tidigare år har SLSO en personalomsättning som är högre än både fullmäktiges och nämndens eget mål. Utfallet för 2020 är 19 procent, medan målet för både fullmäktige och nämnd är lägre än 13 procent. Resultatet är lägre än föregående år, då utfallet var 23 procent.

SLSO har en egen indikator som gäller kostnad för inhyrning av personal, och där ligger utfallet över nämndens eget mål. Andelen inhyrd personal uppgick för perioden till 3,2 procent medan nämndens mål var 2 procent. Resultatet innebär en minskning jämfört med föregående år, då utfallet var 3,9 procent. Kostnaden för inhyrning uppgår till 241 mnkr och största delen av kostnaden står verksamhetsområde psykiatri (ca 50 procent). Problemen med rekrytering gäller, i likhet med föregående år, i första hand läkare och sjuksköterskor. Kostnaderna är lägre än föregående år, då utfallet var 279 mnkr. Anledningen är bland annat att behovet av inhyrning har minskat p.g.a. färre besök.

Sjukfrånvaron i relation till ordinarie arbetstid uppgår till 8,7 procent, vilket är en försämring jämfört med 2019 när motsvarande siffra var 6,4 procent. Detta kan troligtvis förklaras av de skärpta rekommendationerna om att stanna hemma vid sjukdom och befarad smitta av covid-19. Däremot är utfallet högre än både fullmäktiges mål, 6,2 procent, och nämndens eget mål, 6,2

[10] Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön (öka fr 2019), Antalet tillsatta AT-block (öka fr 2019), Antalet ST-läkare (öka fr 2019)

procent. Sjukfrånvaron bland kvinnor är fortsatt högre än männens även om skillnaden minskar mellan könen. Högst sjukfrånvaro har undersköterskor som ökat mest från föregående år från 8,7 procent till 12,1 procent. En annan yrkesgrupp med hög sjukfrånvaro är sjuksköterskor med 9,4 procent. Resultat för långtidssjukskrivningar redovisas under målet ”En hållbar region Stockholm”.

När det gäller delmålet ”Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare” visar resultatet av att antalet medarbetare som har utvecklingsplan/medarbetarsamtal i ProCompetence är 47 procent, vilket kan jämföras med fullmäktiges mål på 80 procent och nämndens mål på 85 procent. Den lägre siffran förklaras med att det första steget i tillämpningen av kompetensstegar, registrering i kompetensplaneringsverktyget KOLL i it-systemet Pro Competence, är under införande.

SLSO eftersträvar ett hållbart arbetsliv med målet att minska sjuktalen och arbetar vidare med att stärka chefer i deras arbete med rehabilitering dels genom fortsatta utbildningsinsatser samt genom att säkerställa en bra rehabiliteringsprocess.

2.2.3 Uppdrag från fullmäktige

SLSO har inga utestående uppdrag att rapportera. Samtliga fem uppdrag[11] rapporteras som avslutade.

2.2.4 Produktion

SLSO beräknar produktivitet enligt indikatorerna produktion/kostnad och produktion/arbetad timma. Utfallet för indikatorerna var -7,9 procent respektive -8,1 procent i jämförelse med föregående år. Orsaken till den lägre produktiviteten är pandemins omfattande påverkan på produktionen. En lägre produktionsutvecklingen sett till produktion/kostnad avspeglar sig i nästan samtliga vårdgrenar. ASiH har ett utfall med 0,9 procent över budget. Övriga vårdgrenar redovisar en negativ produktionsutveckling enligt följande: Geriatrik -14,5 procent, psykiatri -5,9 procent, primärvård -11 procent, somatisk specialistvård -7,5 procent och habilitering -8,2 procent.

Vårdproduktion

Vårdproduktionen, antal vårdtillfällen i förhållande till budget, avviker i huvudsak negativt mot budget för samtliga vårdgrenar. Utfallet är helt avhängigt pandemin vilken till exempel medfört ett minskat antal patientbesök för flera verksamheter, ett minskat antal remisser inom geriatriken och somatisk specialistvård och svårigheter att till exempel genomföra gruppbesök. En

11 Upptäcka sexuella övergrepp på barn i it-miljön, Ta fram en handlingsplan för informationssäkerhet11, Utveckling av FHS, tredje steget, Möjliggöra FVM SLL (sjukvårdsproducenter) och Förbereda etableringen av förvaltningsorganisation för Framtidens vårdinformationsmiljö. Revisionen har som stickprovskontroll inhämtat SLSO:s Handlingsplan för informationssäkerhet 2019/2020 och kan konstatera att handlingsplanen omfattar konkreta mål och åtgärder i enlighet med fullmäktiges anvisningar (LS 1308-1044)
11 RS 2019-0829, LS1403-0399, LS 2017-1455

annan förklaring till utebliven produktion är sjukfrånvaro bland de egna medarbetarna.

De digitala besöken och användningen av appen Alltid öppet har ökat kraftigt. Viss del av produktionen och vårdbesök har kunnat flyttas dit. SLSO uppger att drygt 264 000 digitala möten genomförts i appen vilka i princip samtliga avser öppenvårdsbesök.

Nedan följer en sammanfattning över utfallet av vårdproduktion för respektive verksamhetsområde.

Geriatrik

Utfallet för öppen- och slutenvård var 37 respektive 18 procent lägre än budget. Den geriatriska öppenvården har delvis varit helt stängd under året vilket inneburit utebliven produktion. Slutenvården har varit delvis öppen men med flertalet stängda vårdplatser vilket också inneburit lägre produktion.

Psykiatri

Den psykiatriska öppenvården har ett högre utfall på 1,4 procent jämfört med budget för helåret. Den psykiatriska slutenvården avviker negativt med 5 procent. Inom öppenvården beskrivs att det finns variationer mellan de olika verksamheterna där vissa vårdgrenar, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin inom öppenvården avviker negativt med 5 procent och delar av beroendevården för vuxna vilken inledningsvis under senare delen av första halvåret hade ett minskande antal vårdbesök. För allmänpsykiatrin har utfallet varit 4 procent högre än budget.

Primärvård

Utfallet för primärvården är drygt 17 procent lägre än budget. Samtliga verksamheter, förutom hemsjukvård, redovisar ett negativt resultat sett till vårdproduktion. Hemsjukvården och behovet av hembesök ökade till följd av covid-19 och redovisar ett utfall på 4,6 procent över budget. Läkarbesöken på husläkarmottagningar och husläkarjourer redovisar ett utfall på 28 procent under budget, mer än vart fjärde besök inom primärvårdsrehabilitering har uteblivit (26 procent). För besök inom mödravården har utfallet var närmare en femtedel under budget (19 procent) och för besök till sjuksköterska inom barnhälsovården har utfallet varit 11 procent lägre än budget.

Somatisk specialistvård

Vårdgren somatisk specialistvård har ett utfall på 7,7 procent lägre än budget. Avvikelsen förklaras bland annat av effekter av pandemin så som att färre patienter sökt sig till närakuter[12]. SLSO uppger vidare att Centrum för cancerrehabilitering mottagit ett lägre inflöde av remisser samt att det, med anledning

[12] SLSO driver sex närakuter inom regionen: Haga, Danderyd, Handen, Huddinge, Järva och Rosenlund.

av pandemin, inte varit lämpligt att genomföra gruppbesök. Produktionen inom Akademiskt specialistcentrum redovisar ett högre utfall mot budget med 4 procent vilket bland annat förklaras av god tillgänglighet, en ökad efterfrågan/ökat antal vårdbeställningar samt ökat antal digitala kontakter.

Habilitering och hälsa

Vårdproduktionen för Habilitering och hälsa har ett utfall med 11 procent lägre än budget. Tack vare möjlighet till, och stort antal genomförda, digitala besök har dessa haft en positiv inverkan på det totala utfallet. De fysiska besöken har minskat med cirka 30 procent emedan de digitala besöken ökat avsevärt: distanskontakterna har ökat med 130 procent. Andelen distanskontakter har således ökat, från förväntade 14 procent till 35 procent.

ASiH

Produktion av vårddygn Avancerad sjukvård i hemmet har ett utfall som är 2 procent högre än budget. Verksamheten har haft ett ökat inflöde av patienter och SLSO har kunnat hantera detta tack vare, som SLSO själva beskriver, effektivare inskrivning i team[13]. Produktionen av vårddygn palliativ vård avviker negativt med 9 procent vilket bland annat förklaras av pandemin eftersom antalet vårdplatser minskades under senare delen av våren för att omfördela personalresurser från ASiH till Älvsjö sjukhus.

Vårdplatser

Tillgången till antalet vårdplatser för psykiatri respektive geriatrik är lägre än budget. För psykiatrin är utfallet 4 procent lägre, 956 vårdplatser jämfört med budgeterade 994. För geriatriken är utfallet 21 procent under budget, 144 platser jämfört med budgeterade 182. För geriatriken är pandemin den huvudsakliga orsaken eftersom verksamheterna bland annat varit tvungna att stänga vårdplatser i syfte att förhindra smittspridning. Det lägre antalet disponibla platser inom psykiatrin har bland annat föranletts av renoveringar i lokaler, varför platser tvingats hålla stängt.

2.2.5 Bedömning

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Totalt har 35 indikatorer som mäter fullmäktiges mål uppnått målvärdet medan 8 inte har gjort det. Resterande sju indikatorer har inte kunnat mätas vilka exkluderats från revisionens bedömning av måluppfyllelsen i enlighet med regionledningskontorets anvisningar.

Revisionen konstaterar att pandemin har haft stor effekt på nämndens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet i vissa vårdgrenar.

SLSO har tvingats att ställa om stora delar av sin verksamhet. Detta har medfört svårigheter att utifrån regionfullmäktiges beslut utföra ordinarie

[13] SLSO beskriver team enligt följande: Den avancerade sjukvården i hemmet utförs av team, där sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer samverkar.

uppgifter, vilket i sin tur innebär att nämndens revisionsansvar i många fall är mycket svårt att bedöma.

3 Hanteringen av coronapandemin

Coronapandemin har haft stor påverkan på SLSO:s verksamhet, även om omfattningen varierar inom olika verksamhetsområden. Resurser har omfördelats, viss verksamhet har minskat medan annan ökat. Revisionen har därför granskat SLSO:s styrning av verksamheten under pandemin i syfte att bedöma vilken beredskap SLSO haft för att möta en pandemi, men också SLSO:s faktiska hantering av pandemin. Revisionen har granskat om beslut har kunnat fattas med stöd i kommunallagen och styrdokument samt om transparens har säkerställts genom att beslut är spårbara, i en situation där många beslut fattats på kort tid. Det gäller framförallt under den första vågen av pandemin under våren 2020 då de största utmaningarna uppstod.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och stickprov av ca 10 ärenden och beslut. Motsvarande granskning har genomförts av Karolinska universitetssjukhuset. Revisionen har även granskat regionstyrelsens respektive hälso- och sjukvårdsnämndens hantering under pandemin.[14]

3.1 Nämndens beredskap för en långvarig kris

Den 7 februari aktiverades regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i enlighet med den regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen. Planen och den krisorganisation som beskrivs där har beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden. RSSL har det övergripande katastrofmedicinska ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i regionen vid stora olyckor och katastrofer.

Från och med den 29 februari gick SLSO upp i förstärkningsläge. Samtidigt etablerades en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). Den 10 juli återgick SLSO till normalläge. SLSO har varit i normalläge under hösten, men har haft en utbyggd stab och en operativ ledningsgrupp under denna tid.

3.2 Styrdokument för krisberedskap

SLSO:s ansvar och roll vid en kris, som pandemin, styrs både av centrala och lokala styrdokument samt överenskommelser mellan SLSO och hälso- och sjukvårdsnämnden. SLSO:s ledningsmodell innebär att självständiga resultatenheter har ett decentraliserat verksamhetsansvar. Nämnden ansvarar för att följa upp hur de egna verksamheterna fullföljer sina åtaganden gentemot fullmäktige och SLSO:s mål och riktlinjer. Samma princip gäller för krisarbetet.

[14] Se respektive årsrapport 2020

3.2.1 Regionens styrdokument

Huvudsakligen fyra styrdokument reglerar krisberedskapsarbetet i regionen: fullmäktiges krisberedskapsplan[15] respektive kriskommunikationsplan[16], hälso- och sjukvårdsnämndens regionala katastrofmedicinsk beredskapsplan[17] och hälso- och sjukvårdsförvaltningens epidemiberedskapsplan[18]. Revisionen rekommenderade under hösten 2020 i delrapporterna för hälso- och sjukvårdsnämnden[19] och regionstyrelsen[20] att planerna bör ses över för att tydliggöra hur dessa ska interagera med varandra. Dokumenten är inte heller uppdaterade utifrån den nuvarande regionorganisationen. Planerna utgår vidare från olika lagstiftningar och använder därför inte samma begrepp, vilket kan förvirra i en krisorganisation. Revisionen konstaterade också att ingen av planerna var anpassade för en omfattande och utdragen pandemi.

I november 2020 reviderade hälso- och sjukvårdsnämnden den katastrofmedicinska beredskapsplanen. Det betyder att under 2020 gällde två versioner av den katastrofmedicinska beredskapsplanen. I den tidigare versionen av katastrofmedicinska beredskapsplanen beskrevs att SLSO vid särskild händelse skulle upprätta lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). Motsvarande krav ställs inte i den reviderade versionen enligt vilken enbart akutsjukhusen ska upprätta LSSL, alltså inte SLSO. I den nya versionen av den katastrofmedicinska planen nämns inte längre SLSO specifikt, istället talas om primärvård som helhet. Enligt uppgift från hälso- och sjukvårdsförvaltningen är detta ett redaktionellt fel som ska rättas till. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens epidemiberedskapsplan nämns inte heller SLSO.

3.2.2 Lokala styrdokument

Enligt fullmäktiges krisberedskapsplan ska SLSO ha en aktuell lokal krisberedskapsplan, genomföra risk- och sårbarhetsanalyser samt organisera en beredskapsfunktion.

Nämnden för SLSO beslutade i december 2019 om en kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan inklusive en lokal kriskommunikationsplan som gällt under 2020.[21] Planen utgår från hälso- och sjukvårdsnämndens kris- och katastrofmedicinska plan, hälso- och sjukvårdsförvaltningens epidemiberedskapsplan och fullmäktiges kriskommunikationsplan.

SLSO:s sjukvårdsdirektör ska, enligt den lokala kris- och katastrofmedicinska planen, rapportera lägesbild och utveckling, samt förväntade åtgärder, till RSSL. Hela SLSO ska även delta i krisberedskapsarbetet med de

---

[15] Dnr: LDR 7191. Fastställd 2017-06-13.
[16] Dnr LS 1412-1457. Fastställd 2015-05-19.
[17] Dnr: HSN 2020–1415. Den katastrofmedicinska beredskapsplanen beskriver hur regionens hälso- och sjukvård ska ledas vid särskild händelse.
[18] Antagen av hälso- och sjukvårdsdirektören och smittskyddsläkaren 2019-10-22, diarienummer anges inte.
[19] Dnr: RK 2020–0003.
[20] Dnr: RK 2020–0002.
[21] Kris- och katastrofmedicinsk beredskap – plan för SLSO, gäller fr o m 2019-12-05, SLSO 13–832

vårdverksamheter som ingår i SLSO, i enlighet med de uppdrag som beskrivs i de olika överenskommelser dessa verksamheter har med hälso- och sjukvårdsnämnden. SLSO ska dessutom vid behov bistå RSSL med att etablera samband och samverkan mellan regionfinansierade privata och kommunalt drivna verksamheter där det bedöms nödvändigt.

Nämnden ska årligen besluta om den lokala kris- och katastrofmedicinska planen, inklusive utbildningsplan, men detta har ännu inte gjorts inför 2021. SLSO har ingen egen epidemiberedskapsplan, vilket alla verksamheter enligt den regionala katastrofmedicinska planen ska ha..[22] Intervjupersoner uppger att en epidemiberedskapsplan är under framtagande.

3.2.3 Överenskommelser

Revisionen konstaterade i delrapporten för HSN att RSSL utgår från hälso- och sjukvårdsnämnden, som är en beställarnämnd som måste reglera sin bestämmanderätt i överenskommelser och avtal med nämnder och styrelser.[23] I de tilläggsavtal som skrivs mellan HSN och vårdgivare klargörs att vårdgivare ska göra ett förberedande beredskapsarbete, dvs. delta i planering, övning och utbildning. Inom SLSO finns en mängd olika utförare inom husläkarmottagningar, psykiatri och geriatrik. Granskningen i revisionens årsrapport för HSN visar att överenskommelserna med dessa har tillkommit vid olika tidpunkter och därför ser olika ut. Det gäller till exempel vilken krisberedskapsorganisation som ska gälla. Vidare visar granskningen att det inte finns någon överenskommelse mellan SLSO centralt och HSN när det gäller katastrofmedicinsk beredskapsplanering, vilket det finns mellan HSN och akutsjukhusen. SLSO har på eget initiativ, i mån av tid och tillgängliga resurser, medverkat i hälso- och sjukvårdsförvaltningens planering, övning och utbildning.

SLSO sluter övergripande överenskommelser med HSN för de olika verksamheter som ingår i SLSO:s organisation. Enligt överenskommelserna ska de olika verksamheterna vid kris- och katastrofläge, extraordinär händelse, höjd beredskap samt epidemiläge 3,[24] följa direktiv ställda av SLL (nuvarande Region Stockholm) och fortsätta sin verksamhet under dåvarande landstingsstyrelsens ledning (nuvarande regionstyrelsen).RSSL nämns inte. Revisionen noterar att SLSO inte kan bedriva sin verksamhet under regionstyrelsens ledning eftersom styrelsen, enligt reglementena, inte har någon befogenhet att överta verksamhet från annan nämnd eller bolag. Vad som avses med ”SLL” framgår inte i överenskommelsen, vilket medför att det är otydligt vilken nivå, nämnd eller förvaltning (avdelning eller enhet) som ska ge direktiv. Det framgår inte heller någon närmare definition av begreppet ”direktiv”, exempelvis om direktiv ska tolkas som ett bestämmande direktiv eller som en

[22] Kris- och katastrofmedicinsk beredskap – plan för SLSO, gäller fr o m 2019-12-05, SLSO 13–832
[23] Ref. s. 20 HSN DÅR 2020
[24] Enligt epidemiberedskapsplanen: ”katastrofläge”, medför en hög belastning på sjukvården i sin helhet

rekommendation. Om direktiv motsvarar ett bestämmande direktiv så behöver det förhålla sig till av fullmäktige antagna reglementen.

3.3 Roll- och ansvarsfördelning under pandemin

Revisionen konstaterar att eftersom krisledningsnämnden i regionen inte har aktiverats under pandemin är det ordinarie regelverk för styrning som har gällt, dvs. vad regionfullmäktige fastställt i reglemente och andra styrdokument om roller och ansvar. Att krisledningsnämnden inte aktiverats, innebär även att nämnderna har haft fullt ansvar för sin verksamhet i enlighet med kommunallagen och annan lagstiftning inom framför allt hälso- och sjukvårdsområdet och arbetsmiljöområdet under hela pandemin.

3.3.1 Regional nivå

RSSL har det övergripande ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Region Stockholm vid stora olyckor och katastrofer. RSSL ska dels definiera vilken uppgift hälso- och sjukvården har vid den aktuella händelsen, dels fatta beslut om inriktning och ramar för den totala sjukvårdsinsatsen samt principer för hur patienterna ska fördelas på de olika mottagande enheterna.[25]

Revisionens granskning under hösten visade att verksamheterna har tolkat RSSL:s mandat på olika sätt. Styrelserna för Södersjukhuset samt Danderyds och Södertälje sjukhus har i sina sammanträdesprotokoll noterat att ansvaret för styrningen övergått till RSSL och att detta innebär en förändring av ansvarsförhållandena. Någon liknande notering finns inte i protokollet för styrelsen för Ambulanssjukvården i Stockholm AB (AISAB) eller för nämnderna för Karolinska Universitetssjukhuset och SLSO.

I mitten av mars startades en särskild *analysgrupp* på initiativ av den direktörsgrupp som regiondirektören samlar för hela regionen[26], där SLSO:s sjukvårdsdirektör ingår. Enligt uppgift var anledningen att några personer i direktörsgruppen ansåg att RSSL inte hade tillräckligt underlag för beslut om utökning av kapacitet i sjukvården samt att nödvändiga beslut tog för lång tid att få fram. Analysgruppen hade enligt intervjuer stor betydelse för samordning mellan vårdgivarna i egen regi, i och med att man delade prognoser och vårdplanering. Operativ samordning mellan vårdgivarna skedde mellan stabscheferna i respektive LSSL.

När pandemins andra våg inleddes under hösten beskriver intervjupersoner att RSSL fortfarande hade samma problem när det gällde underlag för beslut som under våren. Analysgruppen övergick därför i september till ett mer organiserat krisarbete under namnet *produktionssamordningsgrupp*. Gruppen bestod av den tidigare analysgruppen tillsammans med ytterligare några

[25] Kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan, Karolinska universitetssjukhuset, K2019-7839, reviderad 2020-01-31, s. 7.
[26] Direktörsgruppen är benämning på regiondirektörens grupp av ledare för vårdverksamheter för samordning av regionens vårdverksamhet.

nyckelpersoner från krisberedskapsarbetet. Under hösten har gruppen förutom fortsatt analysarbete även lett operativt krisarbete.

I regionen finns en *chefläkargrupp* som träffas en gång i veckan, där SLSO:s chefläkare ingår. Under pandemin intensifierades arbetet och mötesfrekvensen ökade till två gånger i veckan, motsvarande den rutin man normalt har haft under sommar och storhelger. Gruppens möten leds av chefläkaren vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vid dessa möten har situationen hos respektive vårdgivare diskuterats, t.ex. brist på läkemedel, ökat behov av transporter inom den prehospitala vården osv. Chefläkargruppen har uppmärksammat särskilda händelser under pandemin som inneburit patientsäkerhetsrisker. Arbetet utgår från information i avvikelsehanteringssystemet (HändelseVis) där medarbetare registrerar avvikelser som sedan tas upp i chefläkargruppen.

3.3.2 Lokal krisledningsorganisation

Under pandemin har SLSO inte helt kunnat följa varken SLSO:s eller hälso- och sjukvårdsnämndens kris- och katastrofmedicinska plan. Det handlar bl.a. om att planerna inte fungerade vid en så omfattande och i tid utdragen kris som pandemin (se 3.2.1.).

SLSO:s egna erfarenheter från 2018, när problem med materialförsörjning ledde till att SLSO aktiverade LSSL, har enligt intervjuer underlättat hanteringen under pandemin. Samma sommar inträffade dessutom ytterligare en kris; en värmebölja som påverkade verksamheten på flera områden. SLSO aktiverade även då LSSL, och hälso- och sjukvårdsförvaltningen aktiverade RSSL. En erfarenhet av värmeböljan var, enligt intervjuer, att det behövdes effektivare kanaler och metoder för kommunikation mellan SLSO och övriga inblandade aktörer. Erfarenheterna från värmeböljan resulterade i en särskild handlingsplan för värmebölja som ligger som bilaga till nämndens kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan.

I det fall det bedöms nödvändigt leds SLSO av en kris- och katastrofmedicinsk ledningsgrupp (KLG), men vid renodlade katastrofmedicinska händelser benämns samma grupp som lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL). I nämndens kris och katastrofmedicinska beredskapsplan finns nödvändiga funktioner inom KLG/LSSL listade, liksom en redogörelse för de olika rollerna. Stabsinstruktioner, dvs. närmare instruktioner för hur LSSL-staben ska organiseras, saknades vid covid-19-utbrottets början. Däremot hade ett inledande arbete påbörjats som visade sig fungera som grund för stabsarbetet. Stabsinstruktionerna har fortsatt att utvecklas, och de färdiga instruktionerna kommer att beslutas av sjukvårdsdirektören under 2021.

LSSL har haft två grundläggande uppgifter; att ta fram beslutsunderlag till den som har mandat att fatta beslut samt att följa upp och analysera effekterna av besluten. Uppgifterna kan tas över av sjukvårdsdirektören eller den som vederbörande delegerar funktionen till. Beslutsfattaren fattar alla viktiga och övergripande beslut. Sjukvårdsdirektören har, i enlighet med SLSO:s

kris- och katastrofmedicinska plan, varit beslutsfattare i LSSL, och har rapporterat till RSSL.

När organisationen gick in i förstärkningsläge vid coronapandemins inledning byggdes krisorganisationen om och utökades. I den tidigare krisledningen ingick de ordinarie beslutsfattarna enligt delegationsordningen. I samband med att förstärkningsläget aktiverades inrättades stabsutformningen för LSSL istället enligt den s.k. NATO-modellen. Enligt denna modell utgår arbetet från olika flöden som ges standardiserad beteckning i form av bokstav och nummer. I varje flöde finns beslutsfattare som får sin roll p.g.a. den kunskap man har om det aktuella flödets verksamhet, inte sin formella roll i ordinarie organisation. Det var också en viktig slutsats av kriserna under 2018, att besluten effektiviserades när den som har mest handfast kunskap om området deltar i beslutet.

3.4 SLSO:s utökade uppdrag

Covid-19 har inneburit förändringar i SLSO:s verksamhet på flera områden. Dels i form av särskilda uppdrag som, enligt intervjuer, identifierats av direktörsgruppen och sedan förmedlats via RSSL i form av beslut, dels som nödvändiga förändringar i ordinarie verksamhet för att möta behov som uppstod som en konsekvens av dessa uppdrag.

3.4.1 Samordning av närsjukvården

Formellt fick SLSO den 20 mars ett utökat uppdrag av RSSL[27] att operativt krisleda samtliga verksamheter i regionens närsjukvård, oavsett driftsform, i operativ samverkan med kommuner och deras utförare inom äldreomsorg, hemtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). SLSO ansvarade, enligt uppdraget, enbart för beredskapsarbetet, dvs. gemensamma instruktioner och informationsförmedling som berörde arbetet med covid-19. Förflyttning av resurser skedde på frivillig basis.

Avtalen mellan HSN och de privata vårdgivarna säkerställer att de senare är skyldiga att bidra i beredskapsarbetet. Avtalsmallarna innehåller skrivningar om att vårdgivaren vid beredskapsläge ska följa direktiv från Tjänsteman i beredskap (TiB)[28] och RSSL. Däremot saknas skrivningar om en operativ krisledning.

SLSO:s samordningsuppdrag mötte inledningsvis vissa hinder. De privata vårdgivarna såg det som ett problem att krisledningen sköttes av en konkurrent. Efterhand etablerades enligt intervjuer dock ett förtroende för SLSO och hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänstemän i deras samarbete. Ett annat problem var ersättningsfrågorna, där det var oklart hur de privata

[27] Beslut gällande styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare, HSN 2020-0505.
[28] Varje region ska, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, vara bemannat för att dygnet runt kunna ta emot larm vid en allvarlig händelse. Funktionen kallas Tjänsteman i Beredskap, TiB.

vårdgivarna skulle ersättas. Regionledningskontoret tog fram en ersättningsmodell som alla accepterade.

För att underlätta samordningsuppdragen gjordes en muntlig överenskommelse mellan SLSO och hälso- och sjukvårdsförvaltningen om resursförstärkning på SLSO, vilket ledde till att åtta tjänstemän från hälso- och sjukvårdsförvaltningen förstärkte SLSO:s organisation. Två av dessa placerades på Älvsjö sjukhus, medan övriga sex placerades i SLSO:s lokaler för central administration. Medarbetarna från hälso- och sjukvårdsförvaltningen har deltagit i vissa beslut vilket enligt intervjupersoner har underlättat i efterhand, när de ekonomiska konsekvenserna ska redas ut.

Primärvården organiserades i geografiska kluster där ett antal husläkare samverkade utgående från en s.k. infektionsnod, med uppgift att hantera misstänkta covid-19-fall. Geriatriken konverterade ca 1/3-del av platserna vid respektive klinik till covid-19-platser för att möta behovet av eftervård och samtidigt underlätta flödet från akutsjukhusen. Psykiatrin omvandlade en mindre andel av sina platser för att vid behov kunna ta emot icke-smittsamma geriatriska patienter.

LSSL har också arbetat med att samordna läkarinsatser vid särskilda boenden (SÄBO). Med anledning av uppdraget startade SLSO en samverkansgrupp. I gruppen ingick Smittskydd Stockholm, representanter för RSSL, läkarorganisationer, några medicinskt ansvariga sjuksköterskor från kommunerna (MAS) samt representanter för Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Gruppen utökades senare med Vårdhygien Stockholm, samverkan Storstockholm[29] och samtliga MAS. Samordningsgruppen hade sitt mest intensiva arbete under april. Samordningsuppdraget upphörde i och med att SLSO gick tillbaka till normalläge, men samarbetet i klusterorganisationer har fortsatt.

SLSO har även upprättat en mobil provtagningsenhet som initialt hade uppdraget att provta misstänkta covid-19-smittade boende på SÄBO.[30] Vidare fick SLSO ansvaret för ett akutlager och distribution av kritisk skyddsutrustning (bl.a. munskydd, andningsskydd och visir) till samtliga verksamheter i närsjukvården.

Den 2 november 2020 fick SLSO i uppdrag att upprätta en operativ samordningsfunktion med uppdrag att stödja privata vårdgivare och samverka med kommuner under pandemin.[31] Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 8 december att inom ramen för detta uppdrag ge SLSO ansvar för operativ planering av vaccination av äldre och riskgrupper inom den nära vården. Vaccineringen av äldre och riskgrupper inom den nära vården bedöms fortgå

[29] *Samverkan Stockholmsregionen* drivs gemensamt av ett 40-tal aktörer och ska stärka samhällets förmåga att upprätthålla viktiga samhällsfunktioner.
[30] Beslut angående mobil provtagning vid misstanke om covid-19, HSN 2020-047.
[31] HSN 2020-1637.

fram till juni 2021.

SLSO har vid möte i februari givit sjukvårdsdirektören i uppdrag att teckna överenskommelse med HSN gällande att SLSO får ansvar för att stödja och vägleda de vårdcentraler som får i uppdrag att samordna samverkan i sin kommun eller stadsdel. Överenskommelsen innebär även att SLSO ska delta i delregional samverkan.

3.4.2 Älvsjö sjukhus

Karolinska hade vårdgivaransvaret för Älvsjö sjukhus i tio dagar innan RSSL den 31 mars beslutade att vårdgivaransvaret för Älvsjö sjukhus skulle övergå till SLSO. Inriktningen på verksamheten vid sjukhuset ändras samtidigt från intensivvård till vård på lägre vårdnivåer, eftervård snarare än intensivvård. All utrustning, material och läkemedel som anskaffats övergick till SLSO.

Inriktningen skulle vara att tillhandahålla slutenvård för covid-19-patienter upp till syrgasbehov samt beredskap för att omhänderta situationer där behov uppstod av högre vårdinsatser, dock inte tillhandahålla full intensivvård. Karolinska skulle, enligt beslutet, fortsätta arbeta för att utöka antalet intensivvårdsplatser.

I april beslutade nämnden för SLSO att inrätta ett nytt verksamhetsområde som inkluderade Älvsjö sjukhus.[32] Den 4 juni tog ordförande i HSN beslutet att avveckla Älvsjö sjukhus och uppdraget att planera och genomföra avvecklingen hanterades av RSSL. I och med beslutet den 4 juni avslutades SLSO:s ansvar som vårdgivare.

3.4.3 Smittspårning

I slutet av mars fick SLSO i uppdrag att utöka provtagningskapaciteten och då främst på SÄBO och LSS-boenden[33]. Teamen bemannades av sjuksköterskor och undersköterskor samt administrativ personal. Även appen Alltid Öppet har kunnat utnyttjas för att underlätta såväl smittspårning som provtagning.

Den 15 juni startade SLSO smittspårning för SÄBO och ca 10 dagar senare för allmänheten. Uppdraget var ett önskemål om hjälp att utföra uppdraget från Smittskydd Stockholm och beslutades av RSSL.[34] LSSL hade redan tidigare skrivit ett mail till de SÄBO som hade flest smittade under påskhelgen, för att få en bild av situationen. Vissa uppgifter var alltså redan kända och kunde användas direkt, t.ex. provtagning, skyddsmaterial, språkproblem. SLSO använde sig bl.a. av de mobila team som ingår i ASiH för att bidra till smittskyddsarbetet på olika SÄBO.

[32] SLSO 20-767
[33] Beslut om att stödja SÄBO-läkarna och den basala hemsjukvården, HSN 2020-0485.
[34] Beslut om att SLSO bistår Smittskydd Stockholm i smittskyddsarbetet, HSN 2020-0913.

3.5 Kompetensförsörjning

Enligt regional katastrofmedicinsk beredskapsplan har respektive verksamhet ansvar för rutiner för personalförsörjning enligt en särskild åtgärdsplan. Vid pandemiutbrottet saknade SLSO en sådan. Vid pandemins inledning slutade SLSO:s dåvarande HR-direktör och en tillförordnad HR-direktör tillträdde i slutet av mars. För att förstärka funktionen kallades en tidigare HR-direktör in och tjänstgjorde fram till sommaren. Inom HR-enheten skapades en omställningsgrupp som fungerade som samverkansgrupp med facken, samt en skyddskommitté. Intern omfördelning av personal sköttes av respektive verksamhetsområde samt LSSL när det sträckte sig över olika verksamhetsgränser.

Samverkan i kompetensförsörjningsfrågan har skett mellan LSSL och RSSL. Analys av ändrade behov av bemanning inom olika verksamheter utifrån pandemin diskuterades löpande vid LSSL:s stabsorienteringar. Det blev t.ex. tidigt tydligt att geriatrik och psykiatri fick en särskild belastning som behövde hanteras.

HR-besluten har kunnat hanteras enligt gällande delegationsordning samt SLSO:s plan för kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Flera chefer uppger att det inledningsvis fanns osäkerheter gällande medarbetarnas säkerhet avseende smittskydd, där Vårdhygiens riktlinjerna för smittskydd inledningsvis upplevdes som otydliga. En annan osäkerhet handlade om medarbetare i riskgrupper och hur de skulle hanteras.

I övrigt sköttes en stor del av arbetet med ökad säkerhet och arbetsmiljöansvar via intranätet, där SLSO hade en särskild covid-19flik. Under rubriken personaladministration samlades dokument och riktlinjer som togs fram för att ge bättre stöd. Där låg också länkar till Vårdgivarguiden och Folkhälsomyndigheten. Intranätet fungerade både som stöd för ledningen och för verksamheterna.

3.6 Kriskommunikation

SLSO:s lokala kriskommunikationsplan anger snarare en övergripande inriktning än en detaljerad kommunikationsplan.[35] Syftet med planen är dels att minska risken för att konsekvenserna av en händelse förvärras, dels att upprätthålla eller stärka förtroendet genom god kommunikation. Enskilda verksamhetsområden ges en nyckelroll och ska i sitt kriskommunikationsarbete sträva efter att tillgodose behoven hos målgrupperna utifrån en helhetsbedömning av det inträffade. Det innebär att enskilda verksamheter tidigt ska göra bedömningen av möjliga kommunikativa konsekvenser även för andra verksamheter inom SLSO.

Den 27 februari lämnade SLSO:s kommunikationsenhet ett förslag till regionledningskontorets kommunikationsenhet angående behovet av samordning

[35] Kris och katastrofmedicinsk beredskapsplan för SLSO, SLSO 13-832.

kring kommunikation och covid-19. Förslaget genomfördes inte. Däremot blev coronapandemin ett återkommande ärende under kommunikationsdirektörernas regelbundna möten med regionledningskontorets kommunikationsdirektör, och dessa möten blev med tiden alltmer frekventa.

3.7 Dokumentation

Arbetet med dokumentation av beslut inom LSSL har utgått från de stabsinstruktioner som nämnts ovan, dvs. de förberedande stabsinstruktioner som var under arbete för att utgöra underlag till beslut senare under året. I samband med att SLSO gick upp i förstärkningsläge och LSSL aktiverades började regelbundna minnesanteckningar föras över arbetet i LSSL, med inledning den 29 februari och avslutning den 10 juli. Anteckningarnas karaktär följer händelseutvecklingen och fungerade till en början närmast som en logg, där information och beslut redovisas minutvis. Efter de inledande veckorna övergick anteckningarna till att redovisa de stabsmöten LSSL höll två gånger per dag. Mot slutet av perioden fördes minnesanteckningarna för två dagar i taget. LSSL har fört en beslutslogg. LSSL hade också en egen funktionsbrevlåda (e-post). Besluten följer delegationsordningen.

Revisionens genomgång av stickprov på beslut som fattats av RSSL riktade till SLSO visar att de är diarieförda hos SLSO. Dessa beslut innehåller bakgrundsinformation och redogörelser för konsekvenser. I något fall saknas beskrivningar av vad SLSO förväntas göra, vilket kan bero på att uppdragen har föregåtts av diskussioner i informella kanaler. Minnesanteckningar tillsammans med beslutsloggen gör även informella diskussioner möjliga att följa.

3.8 Nämndens styrning och uppföljning

Nämnden har informerats om covid-19-arbetet och de effekter som det rådande läget har haft på såväl ekonomi som verksamhet vid varje ordinarie sammanträde. Presentationerna har utgått från en skriftlig dokumentation som bilagts varje protokoll. Ett extra nämndsammanträde har hållits (se nedan). Inga ordförandebeslut har fattats.

Särskilda beslut med anledning av coronapandemin har fattats av nämnden i två fall. Det ena gällde tillägg i riskanalysen som rubricerades ”Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid en pandemi” och det andra gällde inrättandet av verksamhetsområde ”Särskilda insatser” med anledning av övertagandet av Älvsjö sjukhus från Karolinska.[36] Uppdraget innebar eftervård av covid-19-patienter, vilket skulle kunna betraktas som en förändring av verksamhetsinriktningen. Kostnaderna för bemanning bedömdes också kunna överstiga delegationsrätten. Av dessa skäl hölls ett extra nämndsammanträde den 6 april där beslut fattades om Älvsjö att inrätta verksamhetsområde Särskilda insatser, dvs. i praktiken Älvsjö sjukhus.

[36] Nämndprotokoll 2/2020, 2020-03-25, Nämndprotokoll 3/2020, 2020-04-06.

Ordinarie delegationsordning har följts under hela perioden. Visserligen har SLSO fått särskilda uppdrag av RSSL, men enligt intervjuer har bedömningen varit att de motsvarat SLSO:s verksamhetsinriktning och därför inte behövt beslutas av nämnden. Det har snarare handlat om att SLSO:s ordinarie arbete skalats upp. De särskilda uppdragen från RSSL har till sin omfattning inte varit större än de 10 miljoner kr som är sjukvårdsdirektörens delegationsgräns. Samordningsuppdraget var visserligen omfattande, men kostnaderna för extra ersättningar belastade hälso- och sjukvårdsnämnden.

SLSO:s modell för styrning och uppföljning samt återrapportering genom tertial- och månadsrapporter är huvudsakligen densamma som andra år. Inga ändringar av rutiner har skett till följd av covid-19. SLSO har i enlighet med regionledningskontorets anvisningar för flertalet av regionens nämnder och bolag månadsvis även rapporterat de merkostnader, samt intäktsbortfall, som är kopplade till covid-19. Ett särskilt konto har skapats för de kostnader som uppstått på grund av pandemin.

Enligt kommunallagen ska ledamöterna själv säkerställa att de har tillräckligt med information för att kunna utöva sitt ansvar som ledamot. För att få en bättre bild av hur nämnden uppfattat SLSO:s rapportering har ledningen för SLSO använt sig av den enkät som skickas till nämnden varje år, och lagt till några frågor som berörde rapporteringen av covid-19 till nämnden. Resultatet visade att nämnden ansett rapporteringen som tillräcklig.

Nämnden har fått muntliga redovisningar av de uppföljningar av pandemiarbetet som förvaltningen initierat. Bland annat har verksamhetsområdet Forskning och utbildning (FoUU) följt upp arbetet genom att regelbundet skicka enkäter till olika målgrupper under pandemin.

Förvaltningen har också gjort en utvärdering bland HR-funktionens stab och de 40 lokala HR-konsulterna, där deras upplevelse av arbetet dokumenterats via en enkät. Utvärderingen gjordes när normalläge återinfördes, och har följts upp inom HR.

Bedömning

Coronapandemin haft stor påverkan på regionens verksamheter. SLSO tvingandes snabbt ställa om till krishantering. Revisionen bedömer att nämnden och regionen som helhet, liksom övriga regioner, inte har haft en tillräcklig beredskap för en så omfattande och i tid utdragen kris. Det innebär att samtidigt som krisarbetet pågått har verksamheten delvis fått skapa nya arbetssätt.

Revisionen bedömer att SLSO:s ledning efter hand löst de utmaningar pandemin inneburit för den egna verksamheten och även de uppdrag de fått att hantera för regionen i stort. Revisionen ser positivt på att ledningen tagit initiativ till uppföljningar av det egna arbetet under pandemin. När materialet har bearbetats och sammanställts utgör det en bank av värdefulla erfarenheter som både kan omsättas i den ordinarie verksamheten och i en förbättrad krisberedskap. Revisionen menar att det också är viktigt att delge

nämnden resultatet från utvärderingarna. I det arbetet vill revisionen nedan peka på ett antal områden som bör tas om hand.

Revisionen konstaterar att nämnden visserligen hade en lokal kris- och katastrofmedicinsk plan vid inledningen av pandemin, men att denna inte var uppdaterad med de erfarenheter som SLSO gjort under tidigare kriser. Det var en av anledningarna till att planen inte helt kunde följas under pandemin. Vidare konstaterar revisionen att underliggande planer som ska finnas, t.ex. vad gäller bl.a. personalförsörjning saknades. Det har inte heller funnits en lokal epidemiberedskapsplan, men en sådan plan ska enligt uppgift beslutas under året. Det är viktigt att det finns en samstämmighet mellan regionala och lokala planer när det gäller begrepp och definitioner. Nämnden bör därför samverka med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen vid kommande revideringar av krisplaner.

Sjukvårdsdirektören är, enligt SLSO:s kris- och katastrofmedicinska plan, beslutsfattare i LSSL. För att tydligheten över ansvar och befogenheter vid en kris ska öka, bör ansvaret att fatta beslut i LSSL även framgå i nämndens delegationsordning.

I regionens fortsatta utvecklingsarbete kring hur eventuella kommande kriser ska hanteras bör SLSO, tillsammans med HSN, fortsatt bidra till att tydliggöra SLSO:s roll. Det handlar t.ex. om att HSN:s avtal för olika verksamheter behöver beskriva krisberedskapsorganisation på ett enhetligt sätt. Likaså bör SLSO verka för en central överenskommelse med HSN som bl.a. reglerar hur SLSO ska delta i den katastrofmedicinska beredskapsplaneringen. Överenskommelserna mellan SLSO centralt och de ingående verksamheterna bör också revideras så att det är tydligt vilken nivå, nämnd eller förvaltning (avdelning eller enhet) som ska ge direktiv. Ett tydliggörande av SLSO:s roll skulle också förenkla vid kommande eventuellt behov av att samordna all primärvård i länet. Den överenskommelse som planeras att ingås med HSN, där SLSO får ansvar för att stödja de vårdcentraler som har i uppdrag att samordna samverkan i sin kommun eller stadsdel, bör underlätta för detta.

Nämnden har löpande fått muntlig och skriftlig information om hanteringen av pandemin. Nämnden har i en enkät själv bedömt rapporteringen som tillräcklig.

Rekommendationer:

Nämnden för SLSO bör

- uppdatera 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.
- säkerställa att de beslutsrätter vid en kris som delegerats på förhand och redovisas i olika planer även framgår i delegationsordningen, för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter.

4 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.

4.1 Ekonomistyrning

Nämnden har i delrapporten för 2020 prognostiserat årets resultat till 100 mnkr. Utfallet är 129 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten vilket i huvudsak förklaras av att regionens verksamheter, enligt anvisningar från regionledningskontoret, inte skulle ta upp någon statlig ersättning för covid relaterade merkostnader i sin helårsprognos.

Nämnden har ett antal verksamhetsområden med olika ersättningsmodeller för de olika områdena, men i vissa fall även för delverksamheterna inom ett och samma verksamhetsområde. Av den orsaken har det enligt förvaltningen varit svårt att prognostisera och ange exakta belopp för intäktsbortfall till följd av coronapandemin.

Från 2019 höjdes SLSO:s resultatkrav till 199 mnkr från 105 mnkr 2018. Syftet var att SLSO ska ha konkurrensneutrala villkor i förhållande till andra aktörer och att verksamheten ska bedrivas affärsmässigt. För SLSO har detta inneburit ett arbete med ekonomiska åtgärdsprogram för att identifiera verksamheter/uppdrag som inte är finansierade eller långsiktigt ekonomiskt bärkraftiga. Arbetet med detta har senarelagts med anledning av pandemin men har återupptagits under hösten. Det har hittills lett till att nämnden under hösten beslutat att avveckla tre logopedmottagningar[37].

Revisionen har i granskningen tagit del av protokoll och tillhörande underlag från de nämndmöten som har hållits under året och noterar att genomgång av månadsrapporter, eller i förekommande fall tertialrapporter, är en återkommande punkt som behandlas vid varje nämndmöte. I månadsrapporterna redovisas utfall för vårdproduktion för respektive verksamhetsområde och ekonomi på totalnivå. Månadsrapporterna har under 2020 kompletterats med ett avsnitt om effekt på utfall och prognos till följd av covid-19. Sjukvårdsdirektör och ekonomidirektör deltar och informerar om ekonomi och verksamhet vid samtliga sammanträden med nämnden. Under 2020 har sammanträdena i huvudsak varit digitala.

SLSO:s ledning följer kontinuerligt upp ekonomi, produktion, tillgänglighet och sjukfrånvaro vid resultatenheter vilket aggregeras på verksamhetsområdesnivå. Varje resultatenhet upprättar månadsvis prognoser över årets ekonomiska utfall. Om prognosen visar att ekonomin inte är i balans inhämtar förvaltningsledningen åtgärdsplaner från aktuell enhet. Åtgärdsplanerna utgör ett verktyg i förvaltningens ekonomistyrning och återrapporteras inte

[37] SLSO 20-2432

separat till SLSO:s nämnd. Rapportering och redovisning av ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat från respektive resultatenhet till centralt verksamhetsstöd har under 2020 i huvudsak skett enligt gängse rutiner.

4.2 Uppföljning av internkontrollplan

Revisionen har granskat SLSO:s ”Plan för internkontroll 2020, årsuppföljning” inklusive bilagor med sammanställning av risker och kontroll, risker och åtgärder samt fördjupad sammanställning av risker.

Under 2019 inleddes ett arbete med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur och styrning och ledning av verksamheten. Detta arbete har fortsatt även under innevarande år och SLSO uppger att det påbörjats flera projekt mot bakgrund av detta. Det pågår också ett arbete med att ensa olika styrdokument. SLSO uppger att arbetet pågår enligt plan, att arbetet kommer att avslutas under 2021 men att det kommer att behöva anpassas till rådande läge.

Internkontrollplanen för 2020 antogs av nämnden vid nämndsammanträdet den 17 december 2019.[38] Planen utökades vid nämndsammanträdet den 25 mars 2020 med risken ”Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid en pandemi” med anledning av covid-19.

Av SLSO:s årsuppföljning av internkontrollplanen framgår att den främsta risken är kopplad till hantering av icke bärkraftiga verksamheter, bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande samt en kostnadsnivå som inte är ekonomiskt hållbar. SLSO uppger att det inledningsvis under året påbörjades en översyn av verksamheterna men att arbetet i vissa delar försenats med anledning av pandemin. Vidare konstaterar förvaltningen att risker fortsatt finns inom bland annat personal- och kompetensförsörjning samt informationssäkerhet. Påbörjade åtgärder inom kompetensförsörjning, som införandet av en övergripande strategi- och kompetensplan, har inte kunnat färdigställas med anledning av pandemin. Påbörjade aktiviteter inom risk Brister i informationssäkerheten har till delar kunnat genomföras. Kvarstår dock arbete med utformningen av en informationssäkerhetsorganisation i syfte att bygga upp lokala stöd- och resurspersoner i enlighet med Handlingsplan för informationssäkerhet. Varje verksamhetsområde och varje verksamhetsstöd ska ha en informationssäkerhetskoordinator och varje resultatenhet ska ha ett informationssäkerhetsombud[39]. SLSO har påbörjat utformningen av ovan nämnda organisation och hann under 2020 med att utse koordinatorer för två verksamhetsområden. SLSO uppger att pandemin dock försenat dessa aktiviteter.

[38] SLSO nämndsammanträde 2019-12-17
[39] Handlingsplan för informationssäkerhet 2019/2020, Arbetsordning Informationssäkerhetskoordinatorer på VO/VS-nivå Informationssäkerhetsombud på RE-nivå

Pandemin har medfört att arbetet med internkontroll och möjligheter till kontroll och uppföljning varierat under året. Under våren fick vissa kontrollmoment avhängiga ledningens medverkan skjutas på framtiden. SLSO uppger att respektive VO följts upp regelbundet mellan sjukvårdsdirektör och respektive VO-ledning.

Arbetet med internrevision pausades under våren med anledning av pandemin men har återupptagits under hösten men med viss anpassning utifrån rådande läge där internrevision på plats ute i verksamheterna i stället har fått genomföras i sin helhet från huvudkontoret av ett och samma internrevisionsteam[40]. Internrevisionen har genomförts digitalt med företrädare från olika verksamheter och inom samtliga SLSO:s ISO-certifieringsområden (kvalitet, arbetsmiljö och miljö).

Bedömning

Revisionen bedömer att arbetet med att identifiera och värdera risker i intern kontrollplanen och olika uppföljningsinsatser till stor del har kunnat genomföras trots påverkan av pandemin. Visst utvecklingsarbete har dock inte kunnat genomföras som planerat.

4.3 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

I ett särskilt projekt[41] har revisionen granskat om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård sker i enlighet med den lag som trädde i kraft i januari 2018. Genom samverkan mellan regionen och kommunen ska en god vård och en socialtjänst av god kvalitet främjas för den som efter utskrivning från sluten vård behöver olika insatser Projektet har genomförts gemensamt mellan revisionen i Region Stockholm och åtta av länets kommuner[42]. I Region Stockholm har hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde, Karolinska Universitetssjukhuset samt Danderyds sjukhus AB granskats.

Lagstiftningen ställer krav på att region och kommun ska utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt lagstiftningen. Hälso- och sjukvårdsnämnden har som part för Region Stockholm ingått en regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård med kommunerna i länet. Överenskommelsen och den tillhörande riktlinjen som har utarbetats reglerar på en övergripande nivå roll- och ansvarsfördelningen i samverkan. Bland annat har kommunernas betalningsansvar för utskrivningsklara patienter

[40] 6 personer med olika professioner/kompetensområden i syfte att täcka samtliga ISO-certifieringar
[41] Regionrevisorerna, Projektrapport 11/2020 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
[42] Haninge, Huddinge, Järfälla, Nacka, Sollentuna, Stockholms stad, Sundbyberg och Värmdö.

ändrats, vilket ställer större krav på samverkan i utskrivningsprocessen mellan regionen och länets kommuner.

Den samlade bedömningen i granskningen är att utskrivningsprocessen mellan regionen och kommunerna leder till att patienter till övervägande del kan skrivas ut och komma hem inom de tidsramar parterna har enats om. Samverkan i sin helhet sker dock inte i den form som parterna kommit överens om. Bland annat är inte rutiner förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ett exempel på det senare är att patienten ska involveras genom att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas av primärvården tillsammans med den enskilde, vilket inte alltid sker.

Enligt den länsgemensamma överenskommelse som regionen och kommunerna tecknat med utgångspunkt i lagstiftningen ska primärvården utse fasta vårdkontakter till personer som omfattas av lagstiftningen. Granskningen visar att primärvården utser fasta vårdkontakter men dessa har i praktiken inte det helhetsansvar som lagen föreskriver och de tar inte det övergripande ansvaret för samordningen av insatser som överenskommelsen stadgar.

Enligt överenskommelsen mellan regionen och kommunerna ska avsteg från åtagandet som fastställs i överenskommelsen rapporteras till hälso- och sjukvårdsförvaltningen för regionens del. I granskningen görs bedömningen att antalet inkommande avvikelserapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker.

Revisionen har därför bedömt att ledningen för SLSO bör säkerställa att husläkarmottagningarna utarbetar lokala rutiner för fast vårdkontakt och att de kallar till samordnad individuell plan (SIP) när någon av de berörda parterna bedömer att det behövs. Vidare behöver formerna för avvikelsehantering i samverkansprocessen utvecklas för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas.[43]

Revisorerna i revisorsgrupp II överlämnade rapporten till nämnden för yttrande senast 2021-06-08.

4.4 Hållbar läkemedelskedja

Läkemedel, både tillverkning och användning, har påverkan på miljön. Sveriges läkemedelsförsörjning är en del i ett globalt handelsflöde och landet är importberoende. Revisionen har därför granskat hur bland annat Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)[44] styr mot en hållbar läkemedelskedja. Enligt regionens miljöprogram[45] ska en hållbar läkemedelskedja bidra till att

[43] Rapporten har överlämnats till nämnden för yttrande senast 2021-06-08.
[44] Se även Revisorernas respektive årsrapportering 2020 för HSN, VKN, RS och FSN
[45] LS 2015-0092. Av regionens miljöprogram (MP 2017-2021) framgår det att regionen ska arbeta för en hållbar läkemedelskedja som ska bidra till att minska miljöpåverkan från läkemedel vid tillverkning, användning och kassation. Två indikatorer har tagits fram för att

minska miljöpåverkan från läkemedel vid tillverkning, användning och kassation.

4.4.1 Roller och ansvar inom läkemedelskedjan

Granskningen[46] har visat att läkemedelskedjan omfattar flera steg och aktörer (se rapport 7/2020 Läkemedelsförsörjning) redan innan regionerna nås av sin leverans. Region Stockholm handhar och har rådighet över de sista stegen: upphandling av läkemedelsleverantörer och läkemedelsförsörjare (för närvarande ApoEx) som distribuerar till slutenvården. Vart och ett av dessa steg, såväl innan som efter leveransen till vårdgivarna, innebär risk för miljöpåverkan i bl.a. tillverkning, handel, distribution, upphandling, avtal samt distribution.

Läkemedelsförsörjningen i regionen förvaltas som ett så kallat förvaltningsobjekt. Det innebär att det finns en egen förvaltningsorganisation fristående från andra förvaltningar. Inom objektets operativa förvaltning arbetar cirka tolv personer som har huvuddelen av sin arbetstid i andra förvaltningar. Ytterligare åtta vårdgivarrepresentanter är kopplade till förvaltningsorganisationen i ett sjukhusapoteksfunktionsråd och flera arbetsgrupper. Objektet leds av en förvaltningsledare och styrs av en objektägare (tjänstemän från HSF respektive serviceförvaltningen). Vid behov föreläggs hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ärenden för beslut. Enligt objektstyrningen i regionen styrs det operativa arbetet enligt en förvaltningsplan som årligen beslutas av styrgruppen.[47]

Under vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN) finns en läkemedelskommitté[48], etablerad enligt lag[49], som arbetar med läkemedel utifrån säkerhet, rationalitet och kostnadseffektivitet. Kommittén är ett rådgivande expertorgan och styrs av policys, riktlinjer och anvisningar från flera håll; VKN, hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och kommittén själv etc. Ledamöterna i kommittén har medicinsk, farmaceutisk och klinisk farmakologisk expertis och till stöd har de en kunskapsorganisation bestående av expertgrupper inom olika terapiområden. Kommittén tar bl.a. fram Kloka listan med rekommendationer av läkemedel.[50] Rekommendationerna, riktade till förskrivande sjukvårdspersonal, väger bl.a. in miljö som en aspekt, men framförallt utgår

konkretisera målet, dels att utsläppen av miljöbelastande läkemedelssubstanser ska minska dels att kassationen av läkemedel ska minska.
46 Ett utkast av granskningen har skickats till SLSO för faktakontroll. SLSO har dock, trots påminnelser, inte återkommit i ärendet.
47 Förvaltningsplan Material - och Tjänsteförsörjning (RS 2020-0020). Varje förvaltningsobjekt har en styrgrupp som består av representanter för verksamheten. Styrgruppen fattar beslut om frågor som rör det egna förvaltningsobjektet och består här av objektägare Material och tjänster (MoT), förvaltningsledare MoT, förvaltningsledare IT MoT och vårdgivarrepresentanter.
48 https://www.janusinfo.se/lakemedelskommitten.4.26c2548c1616574394b1a72.html, uttagsdatum 2020-06-11
49 Lagen om läkemedelskommittéer (1996:1157)
50 Pharmaceuticals and Environment: a web-based decision support for considering environmental aspects of medicines in use, *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol 76, 2020.

listan från vilket läkemedel som är bäst för patienten. Listan uppdateras årligen.

Inom regionledningskontoret (RLK) arbetar hållbarhetsavdelningen med miljöprogrammet och dess mål, men också specifikt med läkemedel. RLK fungerar som stödfunktion till övriga förvaltningar som arbetar med läkemedel och miljöaspekter. Bl.a. samlar hållbarhetsavdelningen en grupp för läkemedel och miljö där apotekare, miljösamordnare m.fl. från vårdgivare och HSF deltar. Många källor pekar på brist på transparens inom stora delar av läkemedelsindustrin, vilket minskar styrbarheten gällande miljöfrågor. I samarbete med upphandlingsavdelningen på serviceförvaltningen ställs hållbarhetskrav på tillverkningsledet vid varje upphandling av läkemedel. Kraven utvecklas kontinuerligt. RLK hållbarhet initierar regelbundet leverantörsrevisioner som ett verktyg för uppföljning.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för producentobunden läkemedelsinformation till hälso- och sjukvården på regionens webbplats Janusinfo[51]. Via webbsidan finns det dels uppdaterade information om läkemedels miljöpåverkan dels hänvisning till regionens förteckning av miljöbelastande läkemedel. Förteckningen är framtagen i samarbete mellan regionens läkemedelskommitté och regionledningskontoret. På Janusinfo finns även en vägledning för hur vårdgivare bör kassera läkemedel. Ansvaret för kassering av läkemedel ligger på den enskilda verksamheten[52] och av vägledningen framgår det att enskilda verksamheter kan ha lokala rutiner och instruktioner.

SLSO:s övergripande och strategiska miljöarbete leds av en miljöstrateg. Både miljöstrategen och avdelningen för verksamhetsstöd patientsäkerhet arbetar med frågor som rör läkemedel. Samtliga verksamheter har miljöombud vars roll är att vidareutveckla miljöarbetet tillsammans med chefen. Större verksamheter har även miljösamordnare som samordnar flera enheters miljöarbete. SLSO:s verksamheter är anslutna till den regionala läkemedelsförsörjningen och beställer läkemedel via beställningssystemet från ApoEx.

Upphandling av läkemedel sker centralt av upphandlingsenheten på serviceförvaltning vid fastighets- och servicenämnden (FSN), på uppdrag från förvaltningsobjektet Läkemedel. Sedan 2020 tillämpar regionen nya hållbarhetskriterier[53] i upphandlingar. För läkemedelsupphandling finns en styrgrupp där alla vårdgivare finns representerade och samråd sker med expertgrupp[54] där läkemedelsenheten inom HSF ingår samt representanter från Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO:s) verksamheter. Privata vårdgivare med avtal med regionen får nyttja läkemedelsavtalen så länge det är

[51] https://janusinfo.se/
[52] https://janusinfo.se/praktiskinformation/kassationavlakemedel.4.72866553160e98a7ddf1d63.html
[53] https://www.upphandlingsmyndigheten.se/hallbarhet/stall-hallbarhetskrav/sjukvard-och-omsorg/lakemedel/lakemedel/, uttagsdatum 2020-11-23
[54] Samma expertgrupp arbetar med underlaget till Kloka listan och dess läkemedel.

läkemedel som rör sådan verksamhet som vårdgivaren har avtalat om med regionen.

4.4.2 SLSO:s arbete med målet en hållbar läkemedelskedja

SLSO har en egen handlingsplan för miljö[55] med övergripande mål för SLSO nedbrutet under hela programperioden 2017-2021. En förnyad handlingsplan skulle ha tagits upp i nämnden för beslut under 2020, men har skjutits upp med anledning av coronapandemin. Planen behandlar bl.a. fullmäktiges mål om en hållbar läkemedelskedja med förslag på aktiviteter som ska genomföras av både respektive verksamhetsområde och av verksamhetsstöd patientsäkerhet. För målet 3.1, ”Minska användningen av läkemedelssubstanser på Region Stockholms förteckning över miljöbelastande läkemedelssubstanser”, finns ingen målsatt indikator eller indikation om vilka läkemedel som verksamheterna ska eller kan börja med. Verksamheterna ska själva, utifrån vårdverksamhet, besluta vilka läkemedel de väljer att minska användningen av. För 3.2, ”Kassation”, har under 2016-2020 pågått ett projekt inom tre olika verksamheter: ASiH, psykiatri och geriatrik. Projektet har haft som syfte att endast rekvirera så mycket läkemedel som används och på så sätt nå både mer kostnadseffektiv läkemedelshantering samt högre patientsäkerhet genom sortimentoptimering.

SLSO har även riktlinjer för läkemedelshantering[56] där ansvar och roller berörs vad gäller hantering, ordination och dokumentation av läkemedel. Miljö berörs inte i riktlinjen. Riktlinjen ska av verksamheterna omsättas i egna rutiner. Intervjupersoner inom SLSO menar att följsamheten till rutinerna är stor, men det finns ingen dokumenterad uppföljning av detta. Intervjupersoner menar att det är skillnad mellan verksamheterna vad gäller tid och kompetens om läkemedel och miljö.

4.4.3 Uppföljning

De flesta resultatenheter har egna uppföljningsmodeller för att rapportera till respektive verksamhetsområde. Miljöstrategen sammanställer och analyserar data samt stödjer verksamhetsområdenas uppföljning. Miljöstrategen skickar underlag till verksamhetsledningarna. Det är upp till respektive verksamhetsledning att bestämma hur mål och riktlinjer bryts ned och hur uppföljning genomförs.

Till årsbokslutet tar SLSO:s miljöstrateg fram statistik för hela SLSO och inte per verksamhetsgren. Uppgifterna sammanställs och skickas vidare till RLK för regionens samlade redovisning. Enligt det underlag som skickats till RLK för 2019 finns kvalitativa mål, men det kvantitativa utfallet för de lokala mål som mäter minskade utsläpp av miljöbelastande läkemedelssubstanser saknas och har därför inte kunnat mätas. När det gäller kassation av läkemedel har en rad åtgärder tillämpats som framtagande av stöd; avdelningsanpassad

[55] Handlingsplan för miljö 2018-2021 (PLA-13236-v.2.1)
[56] Läkemedelshantering - riktlinje för SLSO (RIK-01747-v.5.0)

basläkemedelslista, skapande av klinikgemensamt sällanläkemedelsförråd, ökad kontroll genom färre antal möjliga beställare etc. Vidare även tekniska åtgärder som installation av system, t.ex. aircondition för att reglera temperaturen i förråd.

De samlade uppgifterna används enligt intervjuer av SLSO för att rikta sina åtgärder, informationsinsatser etc.

4.4.4 Bedömning

SLSO har inte antagit några egna målvärden kopplat till minskad användning av läkemedel i enlighet med regionens miljöprogram 2017-2021. Det innebär att data för att följa utvecklingen i relation till målet inte kan tas fram. Revisionen bedömer därför att SLSO bör säkerställa att de nya mål som väntas beslutas av fullmäktige 2021 tas om hand i enlighet med nya hållbarhetsprogrammet.

För att bättre kunna ge verksamheterna stöd i miljöarbetet bedömer revisionen att SLSO bör följa upp och återkoppla erfarenheter gällande handlingsplaner och rutiner som rör miljö.

Rekommendation:

- Ledningen bör följa upp följsamheten till handlingsplaner och rutiner vad gäller miljö och återkoppla erfarenheter av dessa.

4.5 Inköpsprocessen

Revisionen har granskat SLSO:s inköpsprocess genom en stickprovsmässig kontroll av 16 fakturor från nio leverantörsavtal för att säkerställa att inköp har gjorts från giltigt avtal och att fakturering skett i enlighet med avtalade villkor, samt att kostnaden är korrekt attesterad och konterad. Fakturorna har omfattat totalt 34,9 mnkr.

Granskningen har visat att granskade fakturor avser inköp från ett vid inköpstillfället giltigt avtal. I granskningen upptäcktes avvikelser[57] för sju av nio granskade leverantörer. Verifieringen visar även på avsaknad av kontroller, framförallt för inköp som avser hjälpmedel.

Bedömning

Revisionen bedömer att den interna kontrollen i inköpsprocessen inte är helt tillräcklig och behöver stärkas när det gäller kontroll av att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och att kontroller görs av kostnaderna i samband med godkännande och attest.

[57] Exempel på noterade avvikelser: Fakturan saknar uppgift om när affärshändelsen inträffat, dvs. datum för leverans, Fakturorna saknar hänvisning till avtalets diarienummer, vilket enligt avtalade fakturavillkor ska framgå. Det går inte att göra en fullständig avstämning av fakturerade priser

Rekommendation:

- Ledningen bör säkerställa att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och avtalade priser och att kontroller görs av kostnaderna i samband med godkännande och attest.

4.6 Projektredovisning SLSO

Revisionen har granskat nämndens redovisningsmässiga hantering av externa projektmedel. Granskningen omfattar även en verifiering genom stickprovskontroll avseende balanserade projektmedel.

SLSO bedriver forsknings- och utvecklingsprojekt som finansieras genom projektmedel från externa bidragsgivare. Exempel på externt finansierade projekt är läkemedelsprojekt, forskningsprojekt och EU-projekt. Under 2020 uppgick intäkter för FoUU-bidrag till 616 mnkr, vilket är en ökning med ca 76 mnkr jämfört med året innan. Under 2020 hade SLSO inga intäkter från EU-bidrag.

SLSO har riktlinjer för ”Hantering av projekt för forskning och utveckling – riktlinje för SLSO” som gällt från och med 2018-04-18[58]. Riktlinjerna omfattar både externt och internt finansierade projekt och bygger på regionledningskontorets anvisningar för projektredovisning. I riktlinjerna anges att ”externt finansierade projekt” ska finansieras av externa projektmedel i sin helhet, och bedrivas med full kostnadstäckning. För externa projekt ska det enligt riktlinjerna finnas ett skriftligt avtal som beskriver projektets omfattning och syfte, tidsplan, kostnadsberäkning, återrapportering, hantering av eventuella över-/underskott etc. Avtalet ska undertecknas av behörig person i enlighet med SLSO:s delegationsordning.

Externt finansierade projekt definieras i ekonomisystemet som ett unikt projektkostnadsställe, vilket möjliggör uppföljning av både intäkter och kostnader för respektive projekt. Projektredovisningen sköts av utsedda verksamhetsekonomer för respektive projekt. Av riktlinjerna framgår att ekonomisk uppföljning ska ske månatligen. Redovisningsservice bistår vid behov med hjälp och ansvarar även för administration kring upplägg, förlängning och avslut av projekt i ekonomisystemet. Enligt uppgift gör redovisningsservice årligen en genomgång av befintliga projekt och om det är projekt som ska avslutas kontaktas berörd verksamhetsekonom. Vid eventuellt överskott ska hänsyn tas till återbetalningsskyldighet enligt avtal. Om det inte föreligger ska överskottet föras över till verksamhetens resultat. Enligt riktlinjerna är underskott inte tillåtet. Om så ändå sker ska det belasta resultatet för respektive verksamhet.

Enligt rekommendation RKR R2 från rådet för kommunal redovisning ska bidrag som saknar extern förpliktelse intäktsföras. Bidrag hänförliga till projekt

[58] RIK-01601-v.3.0

som pågår eller projekt som avslutats, men för vilka återbetalningsskyldighet föreligger får däremot redovisas som en skuld (förutbetald intäkt) i balansräkningen. Per balansdagen 2020-12-31 uppgår SLSO:s skuldförda projektmedel till 299 mnkr, varav 115 mnkr avser nya bidrag under året. Resterande del 184 mnkr avser bidrag som överförts från tidigare år. Av dessa avser 4 mnkr projekt där det inte finns någon aktivitet på projektet under 2020 och 180 mnkr avser projekt där det förekommit viss aktivitet under året. Revisionens granskning har omfattat ett urval från samtliga dessa tre grupper och granskat belopp uppgår till ca 132 mnkr.

Den verifierande granskningen visar att ca 120 mnkr avser projekt som pågår i enlighet med projektavtal, där projekten är balansgilla. Projektmedel på 5,1 mnkr är enligt projektavtalen avslutade, men återbetalningsskyldighet föreligger. Tiden för återbetalning har dock passerats 2019-03-31. Projekten är balansgilla, men återstoden av medlen borde vid tidpunkt för granskningen ha återbetalats till bidragsgivaren. Projektmedel på 6,6 mnkr avser projekt som enligt projektavtalen är avslutade och för vilka ingen återbetalningsskyldighet föreligger. Projekten är således inte balansgilla eftersom det saknas en extern förpliktelse.

Revisionen bedömer att det i huvudsak finns rutiner som syftar till att säkerställa att projektredovisning sker i enlighet med god redovisningssed. Vissa avvikelser har dock noterats både gentemot SLSO:s interna riktlinjer rutiner som god redovisningssed. Revisionens bedömning är att externa projektmedel på 6,6 mnkr där extern förpliktelse saknas borde ha intäktsförts i bokslutet 2020. Vidare borde 5,1 mnkr ha återbetalats redan 2019. Avvikelserna bedöms inte vara väsentliga i förhållande till SLSO:S omsättning och påverkar därför inte bedömningen av rättvisande räkenskaper.

Rekommendation:
Förvaltningsledningen 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.

4.7 Avrapporterade granskningar i delrapport

Revisionen har vid delåret särskilt granskat pandemirelaterade risker inom SLSO:s ekonomistyrning, upphandling, risk för oegentligheter samt informationssäkerhet vilket avrapporterats i delrapporterings-PM till förvaltningsledningen.

4.8 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har under 2019 och 2020 granskat hur SLSO:s hanterar risken för oegentligheter och förtroendeskadligt beteende. I samband med granskningen för 2020 har inga avvikelser noterats. Revisionen konstaterar att det

finns upprättade riktlinje om misstanke om oegentligheter och att alla chefer inom organisationen utbildas inom detta. Det finns en etablerad visselblåsarfunktion. Riktlinjer avseende misstanke om mutor och oegentligheter ingår i chefsutbildningen och för övriga medarbetare finns de tillgängliga på intranätet.

4.9 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

Revisionen har för 2020 gjort uppföljning av föregående års granskning av SLSO:s lönehantering. Ingen av de utestående rekommendationerna bedöms som åtgärdade. Ett arbete pågår med att ta fram en dokumenterad process för löneutbetalning, men riktlinjerna är inte färdigställda eller implementerade.

Två rekommendationer inom miljö och hållbarhet har följts upp, varav en bedöms som åtgärdad och en som delvis hanterad. Rekommendation om förtydligande avseende användning av engångs- respektive flergångstextilier har SLSO förtydligat i riktlinje för basala hygienrutiner[59]. Dock saknas fortfarande vissa skrivningar om miljöhänsyn i ovan nämnda riktlinje varför rekommendationen vid uppföljning endast kan anses delvis avklarad. Utestående rekommendationer gällande ansvar och befogenheter samt psykiatrigranskning kommer att följas upp till delårsgranskningen 2021.

Revisionen har vid årets granskning konstaterat att ett arbete pågår med att ta fram en dokumenterad process för löneutbetalning, men riktlinjerna är inte färdigställda eller implementerade. Vidare så genomförs inte internkontroll löpande och utfallet av signerade utanordningslistor visar att det fortsatt är en stor andel av listorna som inte signeras varje månad av ansvariga chefer. Rekommendationerna kvarstår. Rekommendationen från föregående år avseende Ledningsnära kostnader och representation kvarstår.

5 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndensredovisning 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.

59 SLSO 2021-0440

5.1 Årsbokslutet inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)

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

Verksamhetsberättelsens ekonomiska delar överensstämmer med den inrapportering som är gjord i Cognos Controller[60] och redogör för det ekonomiska utfallet samt de förändringar som skett jämfört med budget samt föregående år.

5.2 Redovisning av omställningskostnader

Under 2015 till 2020 har betydande kostnader för vårdens omstrukturering uppstått som en följd av genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården. Omställningskostnaderna beräknas för hela SLL uppgå till totalt 3 500 mnkr och ska enligt fullmäktiges beslut täckas genom ianspråktagande av reserverade medel och kommer därmed på central nivå inte att belasta årets resultat. Nämnden har budgeterat för omställningskostnader på 68 mnkr medan utfallet för året uppgick till 29 mnkr.

Omställningskostnaderna avser i huvudsak tomställda lokaler och lokaler för evakuering i samband med nya vårdavdelningar för psykiatrin, samt förgäveskostnader och avskrivningar kopplat till Nacka sjukhus.

Bedömning:
Revisionen bedömer att omställningskostnaderna är rimliga sett till nämndens arbete i de tidigare beslutade projekten kopplade till framtidens hälso- och sjukvård.

5.3 Redovisning av erhållna bidrag för täckning av merkostnader

Region Stockholm har gjort två ansökningar om att erhålla kompensation för coronarelaterade merkostnaderna t.o.m. november 2020. Nämnden redovisar merkostnader till följd av coronapandemin på 173 mnkr för 2020, varav 148 avser perioden fram till och med november. SLSO har beviljats ersättning på 146 av dessa 148 mnkr för merkostnader per november, varav 125 har utbetalats under året.

Under januari 2021 föreslog regeringen att regionerna även ska kunna ersättas för de under december uppkomna coronarelaterade merkostnaderna. Socialstyrelsen har beslutat om detta under februari 2021. Enligt yttrande från Rådet för kommunal redovisning (RKR) finns inte grund för intäktsföring av ett eventuellt ytterligare statsbidrag eftersom det på balansdagen vare sig fanns beslut om förordning eller beslut om medel avseende december 2020. Nämnden redovisar merkostnader till följd av coronapandemin på 25 mnkr

[60] System för koncernrapportering

för december, där inga motsvarande intäkter eller fodringar har redovisats med anledning av rekommendationen från RKR.

Bedömning:
Revisionen bedömer att hanteringen av redovisningen av erhållet statsbidrag är rättvisande och i enlighet med regionens riktlinjer samt god redovisningssed enligt RKR.

5.4 Anläggningstillgångar

Det finns poster i balansräkningen som revisionen inte har kunnat ta ställning till då det inte finns någon fullständig värdering av dessa per bokslutsdagen. Det handlar om anläggningstillgångar (utöver hjälpmedel) där fullständig inventering inte är gjord. Om det föreligger nedskrivningsbehov för dessa poster så skulle det kunna medföra en resultatpåverkan.

Bedömning

Revisionen bedömer i dagsläget att det inte är troligt att en eventuell nedskrivning av de aktuella tillgångarna skulle få så stor effekt att det skulle påverka den sammantagna bedömningen av om räkenskaperna är rättvisande. Revisionen anser dock att det är viktigt att en fullständig inventering av tillgångarna görs årligen.

Rekommendation:

- Ledningen bör årligen genomföra en fullständig inventering av nämndens anläggningstillgångar i syfte att säkerställa behovet av eventuella nedskrivningar.

5.5 Avrapporterade granskningar i delrapporterings-PM

Revisionen har i samband med delrapporterings-PM rapporterat om genomförd granskning av särredovisade merkostnader och minskade intäkter.

Revisionen fann inget i granskningen som tydde på att nämnden inte följt de av regionledningskontoret angivna anvisningarna för ändamålet. Vidare bedömde revisionen att nämnden i allt väsentligt hade en rättvisande redovisning av coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall.

5.6 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.

5.7 Samlad bedömning av räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

6 Nämndens yttrande över delrapport 2020

Regionrevisorerna lämnade ingen delrapport till nämnden för SLSO. Ett delrapporteringsPM har stämts av och lämnats till förvaltningsledningen den 22 oktober 2020.

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

Region Stockholm

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

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2020

Stockholms läns sjukvårdsområde

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36997 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör komplettera protokollmallen med rubriker som geroen sammanfattning eller beskrivning av ärendet, oredovisning av beslutsunderlag i ärendet, oredovisning av mottagare av beslutet.	🟡	**ÅR 2020** Uppföljning i anslutning till delårsgranskning 2021. Diskussion pågår mellan nämnden och revisionen.
37000 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.	🟡	**ÅR 2020** Uppföljning i anslutning till delårsgranskning 2021. Diskussion pågår mellan nämnden och revisionen.
57876 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Nämnden bör uppdatera 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.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation Det bör finnas en samstämmighet mellan regionala och lokala planer när det gäller begrepp och definitioner. Nämnden bör därför samverka med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen vid kommande revideringar av krisplaner.
57877 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att de beslutsrätter vid en kris som delegerats på förhand och redovisas i olika planer även framgår i delegationsordningen, för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation Sjukvårdsdirektören är, enligt SLSO:s kris- och katastrofmedicinska plan, beslutsfattare i LSSL. För att tydligheten över ansvar och befogenheter vid en kris ska öka, bör ansvaret att fatta beslut i LSSL även framgå i nämndens delegationsordning.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29944 **Från rapport** 2/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1287	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde behöver stärka kompetensförsörjningen i de habiliteringscentra i länet där det råder kompetens- och kapacitetsbrist i syfte att tillhandahålla jämlika, tillgängliga och kvalitativa insatser.	🟡	**ÅR 2020** Dokumentation över genomförda åtgärder saknas. Rekommendationen kvarstår till delårsgranskning 2021.
36774 **Från rapport** 10/2019 Projektrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att erfarenheterna av de genomförda uppgiftsväxlingarna tas till vara med regelbundna mätningar av utfall, så att effektiva åtgärder kan vidtas.	🔴	**ÅR 2020** Uppföljning till delårsgranskning 2021.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29945 **Från rapport** 2/2018 Projektrapport **Tidigare ID** 1288	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör utveckla vårdkedjan mellan barn- och vuxenhabiliteringen i syfte att säkerställa att patienter får nödvändiga insatser även efter övergången till vuxenpsykiatrin.	🟢	**ÅR 2019** De barn respektive vuxna inom Habilitering och Hälsa som behöver en kontakt med psykiatrin ska få det genom att man från Habiliteringen i sådant fall vid behov skriver en remiss till BUP eller Vuxenpsykiatrin.
29968 **Från rapport** 2/2019 Projektrapport **Tidigare ID** 1520	SLSO behöver tillsammans med Hälso- och sjukvårdsnämnden stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.	🟢	**ÅR 2020** Eftersom ansvaret för frågan ligger hos HSN flyttas rekommendationen från SLSO och blir en del av HSN:s riskanalys..

Region Stockholm

Bilaga 2

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2020

Stockholms läns sjukvårdsområde

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29928 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 639	Ledningen bör se till att kontrollen av logglistor av leverantörers fasta data av genomförda förändringar är relevanta och att kontrollen dokumenteras.		**ÅR 2020** Enligt uppföljning från 2018 sker kontrollen av logglistor numera månatligen. Vi har efterfrågat uppföljning för fem utvalda månader under 2019 samt en beskrivning av den fastställda rutinen. Ska kompletteras med underlag. Rekommendationen följs upp till delårsgranskningen 2021.

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 2020** Ett arbete pågår med att ta fram en dokumenterad process för löneutbetalning, men riktlinjerna är ännu inte färdigställda eller implementerade. Vidare så genomförs inte internkontroll löpande och utfallet av signerade utanordningslistor visar att det fortsatt är en stor andel av listorna som inte signeras varje månad av ansvariga chefer.
29930 **Från rapport** 2015 Delrapport	Ledningen bör se över rutinen för inventering med fokus på att återrapportering från enheterna förbättras för att kunna ge förutsättningar för en effektiv intern kontroll.		**ÅR 2019** Vid bokslutsgranskningen 2019 konstaterar revisionen att det vid bokslutsgranskningstillfället endast inkommit

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 644			inventarielistor för 460 av 1634 stycken resultatenheter, motsvarande ca 28 %. Förvaltningen följer inte upp förändringen inom posten från inventering till bokslutsperiodens slut, varför inlämnade inventarielistor riskerar att vara felaktiga. Verifieringen visar att det bokförda restvärdet enligt inventeringslistorna inte alltid överensstämmer med det bokförda värdet i anläggningsregistret.
57873 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och avtalade priser och att kontroller görs av kostnaderna i samband med godkännande och attest.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation Den interna kontrollen i inköpsprocessen behöver stärkas när det gäller kontroll av att fakturering sker i enlighet med överenskomna villkor och att kontroller görs av kostnaderna i samband med godkännande och attest.
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 2020** Ny rekommendation Vid granskning framkommer att det i huvudsak finns rutiner som syftar till att säkerställa att projektredovisning sker i enlighet med god redovisningssed. I genomförd verifiering noteras dock vissa brister.

Miljö

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36994 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör se till att miljöhänsyn inkluderas i SLSO:s hygienrutiner i enlighet med fullmäktiges miljöprogram,		**ÅR 2020** Användning av flergångmaterial nämns i SLSO:s riktlinje för basala hygienrutiner (SLSO 2021-0440, fastställd 2021-02-19), när det är ett fullgott alternativ ur patientsäkerhetssynpunkt.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Det saknas skrivningar om textilhantering som kopplar till indikator 5.2 i miljöprogrammet 2017-2021 (Andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar.) Rekommendationen är delvis avklarad.
36995 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör se till att förtydligande görs kring användning av engångs- respektive flergångstextilier.	●	**ÅR 2020** Användning av flergångmaterial nämns i SLSO:s riktlinje för basala hygienrutiner (SLSO 2021-0440, fastställd 2021-02-19), när det är ett fullgott alternativ ur patientsäkerhets-synpunkt. Rekommendationen avslutas därmed.
57487 **Från rapport** 2020 Årsrapport	SLSO:s ledning bör följa upp följsamheten till handlingspla-ner och rutiner vad gäller miljö och återkoppla erfarenheter av dessa	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation För att bättre kunna ge verksamheterna stöd i miljöarbetet bedömer revisionen att SLSO bör följa upp och återkoppla erfarenheter gällande handlingsplaner och rutiner som rör miljö.
57878 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör följa upp följsamheten till handlingsplaner och rutiner vad gäller miljö och återkoppla erfarenheter av dessa.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation Hållbar läkemedelskedja. För att bättre kunna ge verksam-heterna stöd i miljöarbetet bedömer revisionen att SLSO bör följa upp och återkoppla erfarenheter gällande hand-lingsplaner och rutiner som rör miljö.

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 2020** Den interna kontrollen bedöms inte i alla delar vara tillräcklig avseende granskad rutin under 2020. Rekommendationen från föregående år kvarstår.

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 2020** Rekommendationen bedöms kvarstå.
57874 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör årligen genomföra en fullständig inventering av nämndens anläggningstillgångar i syfte att säkerställa behovet av eventuella nedskrivningar.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation Det finns poster i balansräkningen som revisionen inte har kunnat ta ställning till då det inte finns någon fullständig värdering av dessa per bokslutsdagen. Det handlar om anläggningstillgångar (utöver hjälpmedel) där fullständig inventering inte är gjord. Om det föreligger nedskrivningsbehov för dessa poster så skulle det kunna medföra en resultatpåverkan.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
37277 **Från rapport** Psykiatri	Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör säkerställa en ökad kännedom bland personalen om riktlinjer och vårdprogram i syfte att öka följsamheten.	●	**ÅR 2020** Uppföljning i anslutning till delårsgranskning 2021.
57169 **Från rapport** 11/2020 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att husläkarmottagningarna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, preciserar vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation
57170 **Från rapport** 11/2020 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att husläkarmottagningarna kallar till SIP när någon av de berörda parterna bedömer att det behövs.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation
57171 **Från rapport** 11/2020 Projektrapport	Ledningen för SLSO behöver utveckla formerna för avvikelsehantering i samverkansprocessen för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas.	–	**ÅR 2020** Ny rekommendation

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS-KRITERIER 2020

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

Bedömningsmål:

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

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

Bedömningskriterier:

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

Inte rättvisande
Räkenskaperna innehåller 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.

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2021-03-31

Diarienummer
RK 2020-0016

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2020

Vi av fullmäktige utsedda revisorer har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2020.

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 2020 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. Vissa verksamhetsmål har dock inte kunnat mätas fullt ut p.g.a. pandemin. 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 2021-03-31, *digital signering*

Hans-Erik Salomonsson
Hans Peters
Lena Cronvall Morén

Lena Samuelsson
Jan-Erik Nyberg
Leni Björklund

Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

Visma Addo ID-nummer : 193494c6-56ac-4848-bfa7-a01f178fd7dc

Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument."

Serienummer: JPoGj2LRbe76ZahaqxlLuw

HANS PETERS

31-03-2021 16:50

Serienummer: dwip4zCfRKXzLuXubRO3LQ

HANS ERIK SALOMONSSON

31-03-2021 17:08

Serienummer: Rp7gRofOLkNhMSRWAPtBiA

HELENA CRONVALL MORÉN

31-03-2021 17:24

Serienummer: 6AVV6eQlv8t2aDvA7k/d5A

Fride Jan-Eric Nyberg

31-03-2021 17:35

Serienummer: p4vEpPGSjUOhY+T/GiNdeA

Johan Tobias Karlsson

31-03-2021 18:45

Serienummer: XTdqn5CRcKuPen4+GkP8SQ

Lena Samuelsson

31-03-2021 20:01

Visma Addo ID-nummer : 193494c6-56ac-4848-bfa7-a01f178fd7dc

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering. Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original
Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.
Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation

Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument."

Serienummer: CGi8R4l9BWOGxvqmZ59QLg

LENI CHRISTINA ELISABETH BJÖRKLUND

09-04-2021 14:39

Visma Addo ID-nummer : 193494c6-56ac-4848-bfa7-a01f178fd7dc

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering. Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original
Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.
Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation