Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2019-05-15

SLSO 19-1064

Yttrande över landstingsrevisorernas årsrapport 2018 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet

Revisorerna i revisorsgrupp II har vid sammanträde 2019-04-02 beslutat att överlämna årsrapport 2018 till styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2019-08-31. 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 styrelsens synpunkter när det gäller att säkerställa intern styrning och kontroll inom informationssäkerhet, förberedelser för kris- och katastrofberedskap samt hanteringen av upphandlingar över direktupphandlingsgränsen som utifrån genomförd granskning inte bedöms vara helt tillräcklig.

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

Revisorerna har dessutom i särskild ordning granskat styrande dokument för regionens nämnder, utskott och beredningar med avseende på om dessa är tillräckligt tydliga när det gäller ansvar, uppgifter och befogenheter. För SLSO:s del har granskningen avsett reglemente, instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören, riktlinje för delegation och verkställighet samt riktlinje för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

I landstingsrevisorernas delårsrapport 2018 påpekade revisorerna att det fanns vissa otydligheter och inkorrekta begrepp i SLSO:s reglemente, delegationsordning samt ägardirektiv. Dessa synpunkter är nu korrigerade och styrelsen beslutade i februari om en reviderad instruktion och delegation till sjukvårdsdirektören samt vidaredelegation inom förvaltningen. SLSO kommer framöver att uppdatera delegationsordningen två gånger per år för att säkerställa dess aktualitet, samt under året följa och säkerställa att delegationsbeslut fattas och redovisas på ett korrekt sätt.

Revisorerna önskar styrelsens synpunkter kopplade till informations-säkerhet. Under 2019 kommer förvaltningen arbeta med att etablera en organisation med informationssäkerhetsombud i syfte att lyfta kunskapsnivån inom Stockholms läns sjukvårdsområde samt förbättra

kommunikationen med både verksamhetsområden och verksamhetsstöd gällande informationssäkerhet.
Det är även SLSO:s förhoppning att inrättandet av informationssäkerhetsombud ska klargöra roller och ansvar kopplat till informationssäkerhet samt aktualisera och medvetandegöra e-utbildningen i informationssäkerhet (DISA).

Vidare framför revisorerna synpunkter kopplande till hanteringen av upphandlingar över direktupphandlingsgränsen och framför vikten av att dokumentera åberopanden av synnerliga skäl. Stockholms läns sjukvårdsområde tar till sig revisorernas synpunkter och har påbörjat ett arbete med öka utbildningsinsatser om upphandling för förvaltningens chefer. SLSO har även justerat och påbörjat ett arbete med att förbättra inköpsprocessen vid inköp utanför avtal samt påbörjat ett arbete med att förtydliga skrivningarna runt vad som kan anses vara synnerliga skäl vid inköp utanför avtal. En ny process kommer att finnas på plats efter sommaren 2019. Syftet med dessa åtgärder är att minska förekomsten av direktupphandlingar främst inom området bemanning.

SLSO deltar även i arbetet med att ta fram en ny samordnad upphandling av bemanningstjänster för sjukvården som drivs av Inköp och Upphandling på regionsledningskontoret. Styrgrupp för den kommande upphandlingen är regionens HR direktörer. I expertgruppen för den pågående upphandlingen deltar experter från SLSO i utformandet av upphandlingsdokumenten för att säkerställa att de behov av att hyra in personal som SLSO har ska täckas in av det nya avtalet som beräknas träda i kraft våren 2020. Förvaltningen ser ett nytt väl fungerade avtal som den viktigaste åtgärden för att minska behovet av att direktupphandla.

SLSO tar till sig landstingsrevisorernas synpunkter kring bristen på kompetensplaner inom delar av förvaltningen och kommer att påbörja arbete med att ta fram planer inom de verksamhetsområden där de saknas. Arbete kommer att påbörjas under 2019 och beräknas slutföras under 2020.

Revisorerna framhåller vidare att SLSO behöver stärka och förtydliga arbetet inom kris- och katastrofberedskap. Styrelsen bör i enlighet med krav ställda i regionens övergripande plan för krisberedskap upprätta en risk- och sårbarhetsanalys som grund för det strategiska kris- och katastrofberedskapsarbete. Förvaltningen tar till sig revisorernas synpunkter och kommer att arbeta aktivt med kris- och katastrofberedskapsarbetet under 2019. SLSO kommer att delta i Region Stockholms övergripande klimat-, risk- och sårbarhetsanalys under

våren/sommaren 2019. Med stöd av den koncernövergripande analysen kommer SLSO att genomföra en förvaltningsövergripande analys.
Målet är att den förvaltningsövergripande analysen ska vara klar i oktober. Där efter påbörjas verksamhetsspecifika analyser inom respektive verksamhetsområde.
Revisorerna framför dessutom att styrelsen bör säkerställa att kontinuitetsplaner arbetas fram inom verksamheten. SLSO kommer att ta fram en övergripande kontinuitetsplan under 2019. Målet är att planen ska vara klar och implementerad i verksamheten i slutet av december. En introduktionsutbildning i kontinuitetsplanering för verksamhetschefer kommer genomföras under tredje kvartalet. Syftet med utbildningen är att öka förståelsen för varför och hur verksamheterna ska kunna kontinuitetsplanera sina egna verksamheter. Där efter påbörjas arbetet med att upprätta verksamhetsspecifika kontinuitetsplaner. Målet är att samtliga verksamhetsområden ska ha upprättat lokala kontinuitetsplaner under slutet av 2020.

SLSO har dessutom upprättat förslag till övergripande utbildnings- och övningsplan för kris- och katastrofmedicinskberedskap som omfattar samtliga verksamhetsområden som ingår i SLSO:s krisledningsorganisation. Målet är att planen ska vara antagen av sjukvårdsdirektören under juni månad. SLSO har dessutom infört en ny beredskapsfunktion som gäller från december 2018. Rutiner för beredskapsfunktionen finns upprättade och införda i SLSO kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan.
Som ett led i arbete med att förbättra arbetet men kris – och katastrofberedskap har förvaltningen även påbörjat arbete med att se över kriskommunikationsplanen samt påbörjat arbete med att stärka beredskapen för kriskommunikation.
Inom ramen för SLSO:s årliga interna revision granskas dessutom enheternas arbete med kris- och katastrofberedskap.
Förvaltningens interna revisorer besöker årligen ett antal utvalda enheter och ställer frågor utifrån en av ledningsgruppen fastställd checklista. I checklistan har kris- och katastrofmedicinsk beredskap ett eget avsnitt. På detta sätt säkerställer ledningen en systematisk uppföljning av lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner. En sammanställd analys av den interna revisonen samt en redovisning av framkomna avvikelser och förbättringsförslag presenteras sedan för ledningsgruppen för Stockholms läns sjukvårdsområde. De framkomna avvikelserna och förbättringsförslagen följs dessutom upp inom ramen för ledningens genomgång som genomförs tre gånger per år.

Revisionen konstaterar slutligen att styrelsen behöver vidta långsiktiga åtgärder för att nå en ekonomi i balans samt minska beroendet av hjälpmedelsverksamhetens resultat.
Årsbokslutet för 2018 visar ett ekonomiskt resultat på 52,4 mkr. Detta är 52,6 mkr sämre än de av fullmäktige fastställda resultatkravet. För att verksamheten långsiktigt ska ha en hållbar ekonomi krävs att samtliga enheter ska ha en ekonomi i balans. I dagsläget varierar det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå och den största positiva delen av resultatkravet genereras av ett fåtal enheter. Detta innebär att flertalet av resultatenheter behöver anpassa sin verksamhet till det givna ekonomiska förutsättningarna. Några verksamheter behöver struktureras om alternativt avvecklas utifrån att förutsättningar inte finns för ekonomisk bärkraftighet.

Styrelsen kommer under 2019 att fortsätta prioritera frågan om att uppnå en ekonomi i balans och har påbörjat arbetet med att vidta långsiktiga åtgärder.

I rapporten redovisas ett antal rekommendationer som enligt landstingsrevisorerna behöver åtgärdas. Förvaltningen delar i all väsentlighet revisorernas uppfattning och kommer att upprättat en aktivitetslista med ansvariga för att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas.

Förslag till beslut

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna förvaltningens yttrande över landstingsrevisorernas årsrapport, samt

att överlämna yttrandet till revisorerna i revisorsgrupp II.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Regionrevisorerna

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018-0035

Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2018
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2019-04-02 att överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2019-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

ÅRSRAPPORT 2018

Stockholms läns sjukvårdsområde

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Regionrevisorerna

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018-0035

Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2018
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2019-04-02 att överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2019-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

Sammanfattning – Stockholms läns sjukvårdsområde

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

Bedömning för år 2018

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	x		
	Tillräcklig	**Inte helt tillräcklig**	**Otillräcklig**
Intern styrning och kontroll		x	
	Rättvisande	**Inte rättvisande**	
Räkenskaper	x		

Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till 52,4 mnkr, vilket är 52,6 mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 0,5 procent av omsättningen. SLSO:s åtgärder för att nå resultatkravet har inte varit tillräckliga. Resultatutfallet varierar fortfarande kraftigt mellan verksamhetsområdena och ett antal av SLSO:s resultatenheter når inte ekonomi i balans medan hjälpmedelsverksamheterna står för merparten av årets resultat. För att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheterna bedömer revisionen, liksom tidigare att styrelsen behöver vidta långsiktiga åtgärder. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

Fullmäktiges mål och uppdrag har i huvudsak uppnåtts när det gäller de övergripande målen om vård i rätt tid och säker vård. I likhet med föregående år konstaterar revisionen att producerade vårdvolymer totalt sett varit lägre än budgeterat, till exempel har produktionen inom geriatriken och primärvården minskat jämfört med 2017. Vakanser och sjukfrånvaro är delvis förklaringar till detta. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms i huvudsak vara tillfredsställande, men nämnden behöver fortsätta med arbetet att säkerställa måluppfyllelsen avseende produktion och bemanning.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som tillfredsställande. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2017.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämnden på en övergripande nivå har rutiner för uppföljning av ekonomi och verksamhet men att ekonomi- och verksamhetsstyrningen

behöver stärkas. Detta för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet och produktion inom de enskilda verksamheterna samt att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheterna. SLSO uppger att det inom respektive verksamhetsområde pågår aktiviteter som syftar till att öka tillgänglighet, produktion och ekonomi i balans. Revisionen bedömer att nämnden bör åtgärda identifierade brister för att uppnå en tillräcklig intern styrning och kontroll inom flera områden. Det gäller arbetet med informationssäkerhet, förberedelser för kris- och katastrofberedskap samt hanteringen av upphandlingar över direktupphandlingsgränsen.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara inte helt tillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2017.

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara rättvisande.

Innehåll

1 Årlig granskning 1

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 2
- 2.1 Ekonomiskt resultat 2
- 2.2 Verksamhetsmässigt resultat 6
- 2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 14

3 Intern styrning och kontroll 14
- 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning 14
- 3.2 Granskning av upphandlingar genomförda av SLSO 17
- 3.3 Tydlighet i ansvar, uppgifter och befogenheter 19
- 3.4 Förbrukningshjälpmedel i hemmet 23
- 3.5 Kris- och katastrofberedskap 24
- 3.6 Grundläggande arbetet med informationssäkerhet 28
- 3.7 Avrapporterade granskningar i delrapport 30
- 3.8 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 32
- 3.9 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 32
- 3.10 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll 32

4 Räkenskaper 33
- 4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse) 33
- 4.2 Redovisning av omställningskostnader 34
- 4.3 Granskning av konsultkostnader 34
- 4.4 Externfinansierade projekt 34
- 4.5 Hjälpmedelslager 35
- 4.6 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 36
- 4.7 Samlad bedömning av räkenskaper 36

5 Nämndens yttrande över delrapport 2018 36

Bilaga 1 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Bilaga 2 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Bilaga 3 Granskning av ansvar, uppgifter och befogenheter

Bilaga 4 Yttrande över delrapport 2018

1 Årlig granskning

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

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

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för produktion av landstingets egenägda primärvård, psykiatrisk vård, barn och ungdomspsykiatrisk vård, beroendevård, geriatrisk vård, avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) samt habiliteringsverksamhet inklusive hjälpmedelsverksamhet och tolkcentral. SLSO ansvarar vidare för forskning och utveckling inom ramen för verksamhetsområde FoUU. SLSO bedriver också somatisk specialistvård inom särskilda avtal.

SLSO omfattar 5 verksamhetsområden och totalt cirka 130 självständiga resultatenheter.

Från den 1 januari 2019 har landstinget övergått till region (Region Stockholm). Granskningen i denna rapport avser 2018. Därför används begreppet landstinget för Stockholms läns landsting i de fall texten inte avser tiden från den 1 januari.

I rapporten för SLSO används begreppet nämnd istället för styrelse för att tydliggöra att det ansvariga organets uppgift, roll och ansvar i grunden regleras av kommunallagen och inte av aktiebolagslagen.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, landstingets 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 landstingets revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvariga Liv Ahlgren och Dan Melin m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Johan Perols m.fl. vid EY.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges mål och genomfört givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Bedömningen omfattar även om verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2018	Bokslut 2018	Bokslut 2017
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	11 353	11 434	10 618
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-11 248	11 382	-10 514
Varav omställningskostnader	- 98	- 43	- 48
Årets resultat	105	52	104
Balansomslutning (mnkr)	-	2 260	2 186
Årsarbetare (antal)	11 095	11 243	11 089

Årets resultat uppgår till 52,4 mnkr, vilket är 52,6 mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 0,5 procent av omsättningen. Årets kostnader har påverkats av jämförelsestörande poster med 883 mnkr (334 mnkr, 2017) hänförligt främst till organisatoriska förändringar. Resultatet är 51,9 mnkr lägre än 2017 års utfall på 104,3 mnkr.

Årets investeringar uppgår till 108 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 213 mnkr. Budgetavvikelsen uppgående till 105 mnkr beror på att det i budgeten för 2018 planerades för en ändring av redovisningsprinciper avseende hjälpmedel som dock inte kommer att ske förrän under 2019. Detta innebär att inköp av vissa hjälpmedel inte redovisas som investeringar i anläggningstillgångar.

2.1.1 Jämförelse med budget 2018

Intäkterna uppgår till 11 434 mnkr, vilket är 81 mnkr (0,7 procent) högre än budgeterat. Den enskilt största avvikelsen mot budget utgörs av intäkter för försäljning av övriga tjänster som avviker positivt med 128 mnkr. Ökningen beror på ökad försäljning av material och varor för hjälpmedelsverksamheterna som till stor del beror på större efterfrågan samt det nya uppdraget att tillhandahålla förbrukningshjälpmedel i hemmet. Den positiva avvikelsen för försäljning av övriga tjänster reduceras dock av minskade intäkter för sålda primärtjänster som är 53 mnkr lägre än budget samt erhållna bidrag som är 60 mnkr lägre än budgeterat. Minskade intäkter för sålda primärtjänster förklaras av lägre produktion inom den slutna geriatriska vården på grund av brist på sjuksköterskor samt ASiH till följd av minskade remissinflöden. Övriga intäkter ökar med 62 mnkr och förklaras av högre projektintäkter än beräknat.

Vidare beror minskningen på färre besök inom primärvården och psykiatrin. Avvikelsen mot budget avseende erhållna bidrag beror främst på lägre omställningskostnader till följd av förseningar i samtliga projekt. Omställningskostnader har dock ingen effekt i resultaträkningen då intäkter erhålls i relation till kostnaderna.

Verksamhetens kostnader exklusive avskrivningar och finansiella poster uppgår till 11 300 mnkr, vilket är 245 mnkr (ca 2,2 procent) högre än budgeterat. Bemanningskostnaderna ligger ca 42 mnkr högre än budget. Avvikelsen förklaras av inhyrningskostnader, för bland annat läkare, på 266 mnkr. Kostnaderna var inte budgeterade men uppvägdes av vakanser inom framförallt psykiatri och geriatrik som var 224 mnkr lägre än budget.

Av budgetavvikelsen är 85 mnkr hänförbart till lägre övriga kostnader där man i budgeten för 2018 planerade för en ändring av redovisningsprincip avseende hjälpmedel som inte blev av som planerat under året. Detta innebär att hjälpmedel fortsatt redovisas som omsättningstillgång och avskrivningen hanteras som avskrivning av lager under övriga kostnader i stället för avskrivningskostnader. Detta förklarar även budgetavvikelsen avseende avskrivningar.

Materialkostnader är 63 mnkr högre än budgeterat vilket till största delen beror på ökad försäljning inom hjälpmedelsverksamheten, som en effekt av utökat uppdrag. Lokalkostnaderna överstiger budget med 38 mnkr. Det högre utfallet beror på kostnader hänförligt till Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) för exempelvis dubbla hyreskostnader samt vissa ombyggnationer. Kostnader för läkemedel överstiger budget med 23 mnkr, främst inom slutenvården och på Akademiskt specialistcentrum. Köpta primära sjukvårdstjänster understiger budget med 15 mnkr på grund av minskade köp av HVB-hem och rättspsykiatrisk vård.

Köpta laboratorie- och röntgentjänster överstiger budget med 9 mnkr. Detta beror i huvudsak på volymökningar av röntgen.

Budgeten för omställningsbidrag rörande "framtidens hälso- och sjukvård" uppgick 2018 för SLSO till 98 mnkr. Av dessa har 43 mnkr nyttjats av SLSO under 2018. Kostnader för omställningsåtgärder avser exempelvis dubbla lokalhyror till följd av tomställda lokaler i samband med ombyggnationer, lönekostnader för anställda på projektkontoret, samt avskrivningar för möbler och installationer. Avvikelsen mot budget på 55 mnkr förklaras av förseningar i samtliga projekt.

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

2.1.2 Jämförelse med 2017 års utfall

Jämfört med 2017 har intäkterna ökat med 816 mnkr (7,7 procent), vilket framför allt beror på högre intäkter för sålda primärtjänster på 408 mnkr samt försäljning av övriga tjänster på 389 mnkr. Ökningen av sålda primärtjänster förklaras av uppräkning av vårdintäkter enligt avtal, nya verksamheter som har startats upp under 2018 samt helårseffekt av enheter som startades under föregående år. Intäktsökningen av övriga tjänster beror främst på nytt uppdrag avseende förbrukningshjälpmedel i hemmet samt ökad försäljning av hjälpmedel.

Verksamhetens kostnader har jämfört med 2017 ökat med 867 mnkr (8,3 procent), vilket i huvudsak beror på högre bemanningskostnader på 471 mnkr samt materialkostnader på 275 mnkr. Ökningen av bemanningskostnader förklaras av, förutom allmänna lönekostnadsökningar, även av att inhyrd personal ökat med 45 mnkr (20,4 procent). Ökningen av inhyrd personal förklaras av vakanta tjänster, främst gällande läkare inom psykiatrin, primärvården och närakuter. Kostnader för inhyrning av sjuksköterskor har dock minskat något i förhållande till föregående år. Läkemedelskostnaderna har jämfört med föregående år ökat med 35 mnkr vilket främst är hänförligt till Akademiskt Specialistcentrum. Kostnaderna för material och varor har ökat med 275 mnkr vilket beror på verksamhetsområdet hjälpmedel vars kostnader ökat till följd av utökat uppdrag. Kostnader för lokal och fastigheter är 30 mnkr högre än föregående år till följd av ombyggda avdelningar samt tillkommande hyror för nya närakuter.

Kostnadsutvecklingstakt

	2018	2017	2016	2015	2014
Kostnadsutvecklings-takt Exkl. avskrivningar o finansnetto	8,3 %*	3,2 %	2,5 %	2,2 %	3,5 %

*Inklusive jämförelsestörande poster

SLSO har över åren 2014–2018 haft en genomsnittlig årlig kostnadsökningstakt på 3,9 procent[1]. Kostnadsökningstakten uppgår enligt SLSO till 2,7 procent rensat för jämförelsestörande poster. Kostnadsökningstakten mellan 2017 och 2018 var 8,3 procent, vilket var i nivå med landstingets budgeterade uppdrag. Det innebär att SLSO för innevarande år och över en femårsperiod ligger över den kostnadsökningstakt på 3,3 procent som fullmäktige i budget 2018 anger att landstingets verksamheter framöver behöver begränsas till. Orsaken till årets ökning jämfört med föregående år är bland annat utökat uppdrag inom hjälpmedelsverksamheten samt helt nya och tillkommande verksamheter.

2.1.3 Resultat per verksamhetsområde

SLSO:s verksamheter organiseras i fem verksamhetsområden: Primärvård, Psykiatri, Somatisk specialistvård, Habilitering och hjälpmedel samt FoUU.

[1] Beräkning av geometriskt medelvärde

*Ack. utfall 1812 resp.1712 (mnkr)	Utfall 2018	Utfall 2017
VO Primärvård	- 9	- 70
VO Psykiatri	- 42	6
VO Somatisk specialistvård	- 79	- 15
VO Habilitering hjälpmedel	79	71
VO FoUU	8	3

VO Primärvård redovisar ett underskott på 9 mnkr. Husläkaruppdraget hade ett underskott på 28 mnkr och primärvårdsrehabilitering ett underskott på 20 mnkr. Barnhälsovården redovisar ett överskott med 20 mnkr och mödrahälsovården ett överskott med 23 mnkr. Husläkaruppdragets underskott förklaras av ökade bemanningskostnader p.g.a. inhyrning av huvudsakligen läkare. Mödrahälsovårdens överskott beror på att man har fått ökad beställarersättning för att kunna öka personaltätheten inom uppdraget. Antalet besök för VO Primärvård som helhet blev ca 3,8 miljoner, vilket är en minskning med 90 000 besök jämfört med 2017.

VO Psykiatri redovisar ett underskott på 42,3 mnkr. Det är en försämring jämfört med föregående år. Flera enheter har många vakanser och kostnaden för inhyrd personal är fortsatt hög.

VO Somatisk Specialistvård redovisar ett underskott på 79 mnkr. Geriatrik och ASiH redovisar ett underskott på 50 mnkr, vilket är 30 mnkr sämre än föregående år. Verksamheterna inom geriatrik och ASiH har haft stora svårigheter med att nå sina produktionsmål under 2018. Team Äldredoktorns (SÄBO[2]) inskrivningsintäkter har utfallit lägre än förväntat som följd av färre inskrivna boenden. Akademiskt specialistcentrum och SLSO Närakuter redovisar ett underskott på 22 mnkr, vilket är 24 mnkr sämre än föregående år.

VO Habilitering och Hjälpmedel redovisar ett överskott på 79 mnkr vilket är ca 30 mnkr högre än budget. Hjälpmedelsverksamheterna redovisar ett överskott på totalt 71 mnkr, vilket är 17 mnkr högre än föregående år.

VO Forskning, utveckling och utbildning redovisar ett överskott på 8,3 mnkr.

[2] Särskilt boende

Akademiskt primärvårdscentrum redovisar ett positivt resultat på 5 mnkr. Resultatet kan främst förklaras av nya uppdrag inom läkarprogrammet och utökade uppdrag från HSN.

Antalet resultatenheter som visar negativa resultat har minskat totalt sett jämfört med föregående år. Enheter som står för en betydligt större andel än tidigare är främst inom psykiatrin och geriatriken. Beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat har ökat ytterligare trots att verksamheten under 2108 står för endast ca 9 procent av SLSO:s omsättning. (Se avsnitt 3.1).

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte helt har uppnåtts i och med att resultatet underskrider resultatkravet. Nämndens ekonomiska resultat avviker med 0,5 procent.

Nämndens ekonomiska resultat bedöms i likhet med 2017 som tillfredsställande.

Hjälpmedelsverksamheterna visar, liksom tidigare år, stora överskott. För att uppnå ekonomi i balans inom vårdverksamheterna där några enheter visar större ekonomiska underskott än 2017, och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheterna behöver nämnden vidta långsiktiga åtgärder.

Revisionen rekommenderade 2017 nämnden att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat. Årets granskning visar att rekommendationen kvarstår.

Rekommendation

- Nämnden behöver minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

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

2.2.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården	Mål 2018	Bokslut 2018	Bokslut 2017	Klarat målet
Landstingsfullmäktiges mål				
Vård i rätt tid (vårdgarantin)				
Andel patienter som får vård inom fem dagar hos husläkare	≥ 90 %	97 %	92 %	Ja
Andelen patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	≥ 73 %	89 %	–	Ja
Säker vård				
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	≤ 8,1 %	3,7 %	4,1%	Ja

Antibiotikaförskrivning[3]	<325	123	142	Ja
Hög effektivitet				
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	≥ 70 %	91 %	82 %	Ja
Följsamhet till kloka listan (utan tilläggslista)	≥ 86 %	85 %	85%	Nej
Nämndens egna mål:				
Högt förtroende för vården Andel som anger att de skulle rekommendera sin vårdenhet (avser psykiatrisk öppenvård)	≥ 82 %	95 %	94 %	Ja
Säker vård Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	≤ 5 %	3,7 %	4,1%	Ja
Antibiotikaförskrivning	<158	123	142	Ja
Andel av patienter där tobaksbruk är dokumenterat i journal	35 %	28 %	19 %	Nej

Enligt SLSO:s egen redovisning nås målen för andel patienter som får vård inom fem dagar hos husläkare samt andelen patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar. I årsrapporten redovisas inget utfall för Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar. SLSO har tidigare uppgett att det är svårt att definiera när en behandling inleds inom för SLSO aktuella vårdområden. I likhet med tidigare år råder oklarheter om precisa definitioner och vad som ska mätas.

Fullmäktiges mål om följsamhet till kloka listan nås inte. Utfallet för 2018 är, i likhet med 2017, på 85 procent. Fullmäktiges målsättning på ≥ 86 procent uppnås därmed inte. SLSO kommenterar inte utfallet i årsrapporten mer än att konstatera resultatet. SLSO:s egen redovisning av målet om andel av patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journal är att målet inte uppnås. Målsättningen är på 35 procent och utfallet på 28 procent. Jämfört med föregående år kan dock en förbättring på 9 procentenheter noteras.

Fullmäktiges mål om andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete[4] uppfylls med ett utfall på 91 procent jämfört med 82 procent 2017. Det övergripande ansvaret för verksamheternas kvalitetsutveckling, är delegerat till respektive verksamhetsområdeschef. Ansvaret för inrapportering ligger på respektive husläkarmottagning.

Vid årsrapporteringen 2017 gjorde revisionen en utökad granskning av tillgänglighet och vård i rätt tid i husläkarverksamheten. Revisionen konstaterade vid det tillfället att SLSO:s styrning av tillgängligheten skapar förutsättningar för vård i rätt tid i enlighet med vårdgarantin. Tillgängligheten på totalen bedömdes som god med ett utfall på 92 procent. Revisionen rekommenderade SLSO:s ledning att följa effekterna

[3] Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år.
[4] Målet avser andel husläkarmottagningar där besöken för rådgivning (enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder) uppgår till minst tre procent av de totala sköterskebesöken på mottagningen.

vid ökad andel digitala bokningar samt ökad andel sjuksköterskebesök inom husläkarverksamheten för att säkerställa att vård ges på rätt vårdnivå i rätt tid. SLSO uppger att det sker månatlig uppföljning varje månad och att de, mot bakgrund av patientenkäter, uppfattar att patienterna uppfattar digitala besök, t.ex. videobesök, som positiva. Eftersom verksamheten med digitala videobesök varit i pilotverksamhet förväntas det ge mer effekt och volym under 2019.

Vid en uppföljande granskning 2018 kan revisionen konstatera att det totala antalet webbtidsbokningar till primärvården har ökat med nära 32 procent. Antalet webbtidsbokningar till husläkarverksamheten har ökat med närmare 35 procent. I underlaget är dock alla yrkeskategorier inräknade eftersom det inte varit möjligt att särskilja enbart sjuksköterskebesök. Av det totala antalet besök på husläkarmottagningar utgör webbtidsbokningar 1,4 procent vilket är en ökning med 0,4 procentenheter jämfört med föregående år. Antalet registrerade videobesök inom husläkarverksamheten har ökat stort jämfört med föregående år. 2017 var antalet 263 jämfört med 1 971 för 2018.

Bedömning

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål avseende säker vård, vård i rätt tid och hög effektivitet i huvudsak har uppnåtts. Revisionen konstaterar att utfall för behandling inom 90-dagar, liksom tidigare, inte redovisats för 2018.

Revisionens granskning av hållbara patientmåltider (avsnitt 3.7) och säkra processer (avsnitt 3.6) visar dock att ytterligare åtgärder krävs för att nå landstingets övergripande mål. Vid revisionens uppföljning av tidigare rekommendation avseende att SLSO behöver öka andelen förnybart bränsle (avsnitt 3.9) konstateras att SLSO inte når fullmäktiges mål.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i årsrapporten med undantag för vårdgarantins mål om behandling inom 90 dagar. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål i övrigt i huvudsak har uppnåtts.

2.2.2 Tryggad kompetensförsörjning

Fullmäktiges övergripande mål är att landstinget ska vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare, vilket följs upp genom en årlig medarbetarenkät. SLSO:s utfall för medarbetarindex har, likt föregående år, ett utfall på 78. Ledarskapsindex har ökat med 3 enheter, från 77 till 80. SLSO når både det egna respektive landstingets övergripande mål[5].

SLSO har, i likhet med föregående år, haft svårigheter att rekrytera barn- och ungdomspsykiatriker, specialistläkare i allmänmedicin och sjuksköterskor. Läkarna har totalt sett minskat i antal helårsarbeten medan antalet helårsarbeten för sjuksköterskor ökat något jämfört med 2017.

Sjukfrånvaron uppgår till 20,6 dagar per medarbetare och år vilket är en förbättring jämfört med 2017 då motsvarande siffra var 21,8 dagar. Av rapporteringen framgår

[5] SLSO Mål MI ≥76, LI ≥77, SLL övergripande mål MI ≥76, LI ≥77

att det finns stora skillnader mellan könen generellt och mellan könen inom samma yrkeskategori. För kvinnor är sjukfrånvaron högst inom yrkeskategorin skötare med nära 32 dagar. För manliga skötare, vilket utgör yrkeskategorin för män med högst sjukfrånvaro, är motsvarande siffra 19,5 dagar. För kvinnliga sjuksköterskor är antal sjukdagar per medarbetare och år 23 dagar och motsvarande siffra för män 10,5 dagar. För läkare är siffrorna 21 respektive 13 dagar.

Den sammantaget minskade sjukfrånvaron förklaras med att SLSO, i samarbete med Försäkringskassan, följer upp de längre sjukskrivningarna. SLSO:s centrala HR-funktion arbetar med övergripande frågor kopplat till sjukfrånvaro. HR lokalt arbetar på respektive verksamhet med individuell planering, t.ex. rehabiliteringsplan, för den enskilde medarbetaren.

Landstingsfullmäktiges övergripande mål om kompetensförsörjning inom hela landstinget finns beskrivet i Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting[6] och avser perioden 2016–2021. Enligt fullmäktige ska kompetensutveckling alltid vara en integrerad del av verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling.

I SLSO:s mål och budget för 2018 framgår att varje verksamhetsområde (5 st), i syfte att nå det övergripande målet om tryggad kompetensförsörjning, ska införa en kompetensförsörjningsplan. SLSO skriver i sin årsrapportering att införandet av KOLL, landstingets modell för systematisk kompetensplanering, påbörjats under 2018[7] och att en kompetensförsörjningsplan för respektive verksamhetsområde har upprättats.

Mot bakgrund av SLSO:s återrapportering har revisionen efterfrågat samtliga planer. Vid närmare granskning av måluppfyllelsen framkommer att utfallet för respektive verksamhetsområde ser något olika ut: VO Psykiatri respektive VO Primärvård har varsin övergripande kompetensförsörjningsplan[8]. Dessa har revisionen tagit del av och kan konstatera att de omfattar väsentliga delar såsom lönebildning, attraktiv arbetsgivare, arbetsmiljö och kompetensutveckling. Planerna omfattar aktiviteter och vem som ansvarar för området.

Revisionen har således endast kunnat ta del av kompetensförsörjningsplan för VO Psykiatri och VO Primärvård. Planer för VO Habilitering och hjälpmedel, VO Somatisk specialistvård samt VO FoUU har inte kunnat presenteras.

Mot bakgrund av iakttagelserna ovan, att det endast finns två VO-övergripande kompetensförsörjningsplaner, har nämndens egen målsättning fullt ut inte uppnåtts. Revisionen har inte kunnat ta del av fler än två planer trots att SLSO:s egen återrapportering hänvisar till en hundraprocentig måluppfyllelse. De två kompetensförsörjningsplaner som uppvisats för revisionen innehåller dock, i samtliga delar, väsentliga områden med tydliga aktiviteter och utdelat ansvar.

---

[6] LS 2015-0998
[7] Infört i VO Primärvård Rehab, BMM, BVC. 2019: VO Primärvård, HLM, husläkarjourer och logopedi, påbörja införande inom VO Somatisk specialistvård (geriatriken).
[8] Kompetensförsörjningsplan VO Psykiatri 2018-2021, Kompetensförsörjningsplan VO Primärvård 2018-2021

Bedömning

Revisionen konstaterar att SLSO fortsatt har problem med att rekrytera och behålla sjuksköterskor. SLSO arbetar med att säkerställa att deras kompetens används på rätt sätt. Planering för tryggad kompetensförsörjning, genom till exempel kompetensförsörjningsplaner tydliggör vad verksamheterna aktivt behöver arbeta med på kort och lång sikt. Revisionen konstaterar att det saknas övergripande kompetensförsörjningsplaner för tre av fem verksamhetsområden och bedömer därför att målet om införande av kompetensförsörjningsplaner inte uppnåtts.

Rekommendation

- Ledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner, i enlighet med nämndens mål, upprättas och följs upp.

2.2.3 Hållbar verksamhet

Landstingets mål om hållbar verksamhet omfattar målinriktad forskning, social hållbarhet och effektivt miljöarbete samt säkra processer och tillhörande indikatorer. Revisionen har under 2018 särskilt granskat indikatorn andel ekologiska livsmedel i patientmåltider inom målet om social hållbarhet och effektivt miljöarbete. Kopplat till målet om säkra processer har revisionen särskilt granskat om SLSO infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med informationssäkerhet samt om SLSO infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med krisberedskap. Dessa granskningar, iakttagelser och bedömningar, återges i avsnitt 3.6, 3.7 och 3.8.

2.2.4 Uppdrag från fullmäktige

SLSO avrapporterar i årsbokslutet att uppdraget kopplat till utveckling av framtidens hälso- och sjukvård[9] pågår enligt plan. SLSO bedömer vidare att uppdraget om säkra processer[10], att utarbeta styrdokument för säkerhet bedöms avklarat. Uppdragen om organisationseffektivitet, d.v.s. att se över delegationsordningar för att säkerställa att de är i enlighet med policy för inköp[11] samt att fastställa ny tjänstemannaorganisation[12] bedöms också som avklarade.

2.2.5 Produktion

Geriatrisk vård

Produktionen inom geriatrisk vård har utfallit lägre än budget. Klinikerna har tvingats till fler stängda vårdplatser än planerat främst p.g.a. personalbrist. Ovanligt omfattande sjukdomsperioder i början av året, där både patienter och personal insjuknade, har också påverkat produktionen negativt. Klinikerna har även periodvis upplevt ett minskat remissflöde. Minskad produktion i SÄBO förklaras av färre inskrivna boenden.

---

[9] LS 1403-0399
[10] LS 2015-0093
[11] LS 2017-1197
[12] LS 2018-0680

Lägre produktionsnivåer jämfört med föregående år förklaras främst av att klinikerna i början av 2018 drabbats ovanligt hårt av sjukdomar hos personalen. Under 2018 finns dessutom en negativ helårseffekt av neddragningen av antalet vårdavdelningar under hösten 2017.

ASiH – Avancerad sjukvård i hemmet

Produktionen av vårddygn har utfallit lägre än budget, vilket främst förklaras av ett minskat remissinflöde men även av en högre utskrivningstakt som ett led i att uppnå kortare medelvårdtider.

Lägre produktion jämfört med föregående år avseende vårddygn inom ASiH, förklaras delvis av färre vårdplatser i drift under 2018. Remissinflödet till kvarvarande vårdplatser har under året också varit lägre än väntat. Ny ersättningsmodell för 2018, med viten för medelvårdtider över 120 dagar, har pressat klinikerna till högre utskrivningstakt och därmed minskad vårddygnsproduktion jämfört med föregående år.

Psykiatrisk vård

Besöken inom psykiatrin har ökat med 1,3 procent över budget. De satsningar som gjorts har givit ett visst positivt resultat. Det är dock en bit kvar innan t.ex. vuxenpsykiatrin når beställda volymer. Antalet avslutade vårdtillfällen blev 1,1 procent högre än budget. Besöken inom vuxenpsykiatrin ligger 2 procent lägre än budget 2018. Antalet avslutade vårdtillfällen ligger i nivå med budget för 2018. Beroendecentrum visar en ökning av sina besök om 8,9 procent över budget. Antalet avslutade vårdtillfällen har ökat med 3 procent jämfört budget.

För barn- och ungdomspsykiatrin ligger besöken lika enligt budget 2018. Antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med 5 procent jämfört med budget. Besöken inom psykiatrin har ökat med 2,5 procent jämfört med 2017. Antalet avslutade vårdtillfällen och besöken inom vuxenpsykiatrin ligger ungefär lika som 2017. Antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med 3 procent jämfört 2017. Beroendecentrum visar en ökning av sina besök jämfört med 2017 på ca 10 procent. Antalet avslutade vårdtillfällen har ökat med 7 procent jämfört med 2017.

Barn- och ungdomspsykiatrins besök ligger ungefär lika som 2017. Antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med 9 procent jämfört 2017.

Primärvård

Besöken inom primärvården blev för 2018 2,8 procent lägre än budget. Läkarbesök på husläkarmottagningar och husläkarjourer blev 7,3 procent under budget. Ett ökat antal vakanser på läkarsidan har lett till att målnivåerna för produktion inte uppnås. Övriga besök på husläkarmottagningar blev 0,9 procent över budget. Förklaringen är fler sjuksköterskebesök och fler psykosociala besök p.g.a. ökande behov. På barnavårdscentralerna blev sjuksköterskebesöken 13,6 procent lägre än budget. Detta beror främst på ändrad registreringsrutin för teambesök (som tidigare redovisades som två besök). För mödravårdscentralerna är besöken i nivå med budget. Besöken inom hemsjukvården har ökat 7,5 procent jämför med budget. Anledningarna är att

kommunerna inte tar emot delegeringar i samma utsträckning som tidigare, att man behöver ta hand om fler vårdtunga patienter som skrivs ut från ASIH och ett ökat behov av hjälp till gamla och kroniskt sjuka p.g.a. den varma sommaren.

Inom primärvårdsrehabilitering har besöken fortsatt att minska under 2018 och blev 2,9 procent lägre än budget. Orsakerna till detta är vakanta tjänster, ny personal som introduceras och sjukskrivningar. Besöken i primärvården har minskat med 2,4 procent eller drygt 90 000 besök jämfört med förra året.

Läkarbesöken på husläkarmottagningar har minskat med 8,8 procent till följd av att tre husläkarjourer har stängt och p.g.a. en ökad vårdtyngd och därmed mer tidskrävande besök. Övriga besök på husläkarmottagning har ökat med 4,1 procent varav de psykosociala besöken står för den största procentuella ökningen. På barnavårdscentralerna har besöken minskat med 10 procent jämfört med föregående år. Detta beror, som även nämnts ovan, på ändrad registrering av teambesök som tidigare som ett läkare- och ett sjuksköterskebesök. Nu registreras dessa besök enbart som ett läkarbesök. Besöken på mödravårdscentraler har blivit lika många som föregående år.

Besöken inom hemsjukvården har ökat 7,9 procent jämfört med 2017. Anledningarna är att kommunerna inte tar emot delegeringar i samma utsträckning som tidigare, att man behöver ta hand om fler vårdtunga patienter som skrivs ut från ASIH och ett ökat behov av hjälp till gamla och kroniskt sjuka p.g.a. den varma sommaren. Inom primärvårdsrehabilitering har besöken minskat med 2,7 procent jämfört med förra året p.g.a. vakanta tjänster, introduktion av ny personal och sjukskrivningar.

Habilitering och hälsa

Produktionen inom habiliteringen har utfallit 2,7 procent lägre än budget, vilket främst förklaras av att antalet vakanser inte minskat i den takt som förväntats. Produktionsstörningar i samband med flytt och evakuering av delar av verksamheten har också påverkat produktionen negativt. Antalet uteblivna besök har varit fler än väntat, främst orsakat av influensaperioden i början av året.

Lägre produktion jämfört med föregående år inom habiliteringen förklaras främst av att verksamheten haft färre resurser i produktion under 2018 samt att produktionen störts i samband med flytt och evakueringar av delar av verksamheten. Andelen uteblivna besök har också ökat i andel jämfört med föregående år (från 13 procent till 15 procent).

Somatisk specialistvård

Produktionen av somatisk specialistvård inom SLSO avser Närakuter och Akademiskt specialistcentrum (ASC). Sammantaget har dessa verksamheter producerat 2 procent högre än förväntat. Produktionen inom närakuterna har utfallit 4 procent högre än budget.

Inom ASC har produktionen emellertid utfallit 8 procent lägre än budget, vilket förklaras av att utflytten av specialistvård neurologi från Karolinska sjukhuset inte har skett till de nivåer som förväntats. Volymökningar inom specialistvård reumatologi

har försvårats av ökad vårdtyngd i form av ökat antal nybesök (fler nya remisser), vilka tar mer resurser i anspråk.

Högre produktionsnivåer inom somatisk specialistvård jämfört med föregående år förklaras i sin helhet av helårseffekter av utökade uppdrag inom både ASC och SLSO närakuter samt av fler (5) närakuter i drift under 2018.

Övrig specialistvård

För gynmottagningar blev besöken lägre än budget p.g.a. lägre bemanning. På Centrum för cancerrehabilitering blev besöken under budget p.g.a. få remisser. Även för de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna (BUMM) blev besöken något under budget. En ökning jämfört med föregående år har skett av produktionen inom främst Centrum för cancerrehabilitering, men även på gynmottagningarna och på de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna har besöken ökat.

Antal disponibla vårdplatser

Psykiatrisk vård: Disponibla vårdplatser är färre än budget p.g.a. vattenskador på inom beroendevården och psykiatri Nordväst. Geriatrisk vård: Sjukdomsperioder och personalbrist har lett till fler stängda vårdplatser än planerat, vilket i sin tur förklarar färre antal disponibla vårdplatser.

Produktivitetsutveckling

Produktiviteten totalt för 2018 har enligt SLSO ökat med 0,4 procent, vilket är en förbättring jämfört med föregående år (-0,8 procent), men budgetmålet på 1 procent nås inte. Produktiviteten är beräknad som produktion/kostnad. Produktivitetsutvecklingen fördelad per vårdgren är för psykiatri (0,1 procent), primärvård (2,1 procent) och geriatrik, inklusive, ASiH (-4,3 procent).

Produktionsvolymen har minskat med 0,7 procent och kostnaderna, justerade för pris- och löneökningar, har minskat med 0,2 procent. Inom psykiatrin har både produktionsvolymerna och kostnaderna varit på ungefär samma nivå år 2018 som år 2017. Fem av tio kliniker visar en positiv produktivitetsförändring. Inom primärvården har kostnaderna minskat medan den sammanvägda produktionsvolymen ökat, vilket visar på en produktivitetsökning. Av resultatenheterna har 59 procent en positiv produktivitetsförändring. Geriatrikens och ASiH:s negativa produktivitetsutveckling beror på att volymerna har minskat i högre utsträckning än kostnaderna har reducerats. Det gäller alla fem klinikerna både inom geriatrik och ASiH.

Bedömning

SLSO har under 2018 producerat färre öppenvårdsbesök och slutenvårdsbesök än budget inom den geriatriska vården jämfört med föregående år. Det har även skett en minskning av besök inom primärvården med 2,8 procent eller drygt 109 000 besök jämfört med budget. Detta är en fortsatt minskning jämfört med 2017 med stor effekt på den totala produktionen inom SLSO. Produktiviteten har enligt SLSO:s uppgifter ändå ökat med 0,4 procent mellan år 2018 och 2017 men nämndens budgetmål på 1 procent nås inte.

2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultat uppgår till 52,4 mnkr, vilket är 52,6 mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 0,5 procent av omsättningen. Årets kostnader har påverkats av jämförelsestörande poster med 883 mnkr (334 mnkr) hänförligt främst till organisatoriska förändringar. Resultatet är 51,6 mnkr lägre än 2017 års utfall. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

Resultaten varierar, i likhet med föregående år, stort mellan de olika verksamhetsområdena och några enheter visar större ekonomiska underskott än 2017. Revisionen har under flera år pekat på att hjälpmedelsverksamheterna tillsammans står för merparten av årets resultat trots sin marginella del av SLSO:s omsättning. För att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat och nå ekonomi i balans i vårdverksamheterna gjorde revisionen 2017 bedömningen att nämnden behöver vidta långsiktiga åtgärder. Revisionen bedömer att problemen kvarstår.

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet delvis har uppnåtts. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål avseende säker vård, vård i rätt tid och hög effektivitet i huvudsak har uppnåtts. SLSO når delvis fullmäktiges mål om Hållbar verksamhet. SLSO har under 2018 producerat färre öppenvårdsbesök och slutenvårdsbesök inom den geriatriska vården än budget och jämfört med föregående år. Det har även skett en fortsatt minskning av besöken inom primärvården. Produktiviteten har enligt SLSO ökat med 0,4 procent mellan år 2018 och 2017 även om nämndens mål på 1 procent inte nås.

Revisionen bedömer att det är viktigt att styrelsen fortsätter att arbeta med att säkerställa måluppfyllelse framförallt gällande produktion och bemanning inom den geriatriska vården och husläkarverksamheten, men även gällande bemanningen inom psykiatrin. Revisionen instämmer i nämndens bedömning av det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet och konstaterar att det beskrivits på ett i huvudsak tillfredsställande sätt i årsrapporten.

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

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Nämnden rapporterade vid delåret (31 augusti 2018) att resultatkravet förväntades uppnås. Även enligt nämndens månadsrapport i oktober förväntades resultatkravet på 105 mnkr uppnås även om ledningen då uppmärksammat att osäkerhetsfaktorer,

som lägre produktion och uteblivna effekter av ekonomiska åtgärder, riskerade att påverka utfallet. Årets resultat blev 52,6 mnkr lägre än det fastställda resultatkravet på 105 mnkr.

SLSO:s ledningsmodell bygger fortsatt på samma principer som tidigare år med självständiga resultatenheter som ansvarar för sina enheters rapportering och uppföljning av resultat, vilket bland annat stipuleras i chefskontrakten. Ytterst ansvarig för enheternas resultat och budget är nämnden. Sedan slutet på 2017 är SLSO indelat i fem verksamhetsområden där respektive resultatenhet ingår. Under 2019 kommer antalet verksamhetsområden att utökas till sju.

SLSO:s modell för styrning och uppföljning är huvudsakligen densamma som tidigare år. Nämnden har fastställt en detaljerad budget utifrån fullmäktiges ramar för resultat och investeringar. Nämnden har i budgeten i huvudsak brutit ner de av fullmäktiges mål som berör verksamheten i egna uppföljningsbara strategier, mål och indikatorer. Utifrån budgeten har verksamhetsområdena upprättat verksamhetsplaner och resultatenheterna upprättat handlingsplaner.

Revisionen har tagit del av dokumentationen från styrelsemöten som har hållits under året och noterar att genomgång av månadsrapporter eller i förekommande tertialrapporter är en stående punkt som behandlas vid varje styrelsemöte. Av månads-/tertialrapporterna framgår bland annat ekonomin, produktionsutvecklingen samt verksamhetsförändringar. Rapportering som sker till nämnden är på aggregerad nivå inom respektive verksamhetsområde och bedöms vara på en tillräckligt detaljerad nivå sett till SLSO:s storlek. Ur ett ekonomistyrningsperspektiv utgör framför allt verksamhetskostnadernas ökningstakt en viktig styrindikator, vilken följs upp regelbundet för respektive resultatenhet.

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

SLSO uppger att de under 2018 påverkats av många verksamhetsförändringar som startats under året. Bland annat har uppstarten av förbrukningshjälpmedel i hemmet inneburit att SLSO under året fått anlita externt IT-stöd för systemutveckling vilket delvis bidragit till SLSO:s negativa resultat

Resultatenheter som har eller befaras få negativa ekonomiska resultat och/eller har vikande produktion upprättar åtgärdsplaner. Utformning av planerna och former för uppföljning är inte standardiserad för SLSO utan bestäms av varje verksamhetsområde individuellt. Beslut om att upprätta åtgärdsplan och ansvar för att uppföljning sker ligger på respektive verksamhetsområdeschef. Resultatet av verksamhetsområdenas åtgärder återrapporteras vid förvaltningens ledningsgruppsmöten och de månatliga uppföljningarna. Nämnden tar inte explicit del av åtgärdsplanerna och i vilken mån åtgärderna realiserats, utan endast indirekt i rapportering av verksamhetsområdenas resultat i månads- och årsrapporter.

Revisionen har granskat åtgärdsplanerna för de verksamheter som har störst avvikelser mot budget. Under 2018 har 40 åtgärdsplaner upprättats. SLSO har ingen central sammanställning över åtgärdsplaner eller vilket verksamhetsområde som i huvudsak berörs men uppger att VO Primärvård har till antal flest upprättade åtgärdsplaner medan åtgärdsplanerna för VO Psykiatri omfattar största beloppet. Genomförd granskning visar att det fortsatt skiljer sig mellan olika verksamhetsområden och enheter i arbetet med åtgärdsplaner samt uppföljningen av dem. Det förekommer verksamheter med negativt resultat som arbetar med att uppdatera sina åtgärdsplaner regelbundet medan andra inte har någon skriftlig åtgärdsplan utan följer upp i samband med de månatliga uppföljningarna.

Antalet resultatenheter som visar negativa resultat har minskat totalt sett jämfört med föregående år dock står några enheter för en betydligt större andel än tidigare. I slutet på 2017 vidtogs åtgärder inom både geriatriken och primärvården för att öka systematiken i det interna arbetet med åtgärdsplaner vilket har haft en positiv inverkan på primärvården som har ett betydligt lägre negativt resultat än föregående år. Hjälpmedelscentralernas resultat står för 130 procent av resultatet men endast för cirka 9 procent av omsättningen.

Bemanningssituationen har fortsatt varit ansträngd under året med många vakanta tjänster som hanterats med hjälp av inhyrd personal. I jämförelse med föregående år har kostnaderna för inhyrd personal ökat med 20,1 procent där kostnaden för inhyrning av läkare har ökat medan kostnader för inhyrda sjuksköterskor har minskat. Den största ökningen av inhyrd personal är inom primärvård och närakuter. Ledningen har bedömt att inhyrning varit nödvändig för att inte äventyra patientsäkerheten. SLSO har arbetat aktivt med kompetensförsörjning och implementerat olika stimulansåtgärder i syfte att bli en attraktivare arbetsgivare för sjuksköterskor där bland annat "stannakvarbonusar" har införts samt att OB-ersättningen dubblerats för nattarbete.

Revisionen har tidigare år uppmärksammat att det förekommit problem när det gäller roller- och ansvarsfördelning i bokslutsprocessen för hjälpmedelsverksamheten. Svårigheter som noterades avsåg framförallt avsaknad av en tydlig ansvarsstruktur i bokslutsprocessen samt att väsentliga differenser förelåg mellan huvudboken och lagersystemet SESAM, som inte var utredda vid 2017 års årsbokslut. Revisionen har gjort en uppföljning av tidigare års iakttagelser där revisionen noterar att SLSO under året har påbörjat ett omfattande arbete i syfte att stärka ekonomifunktionen med en tydligare ansvars- och rollfördelning. Två nya ekonomer och en systemförvaltare, med erfarenhet av lagersystemet SESAM, har rekryterats. Sedan slutet av augusti 2018 är två nya ekonomer på plats som ansvariga för redovisningen av hjälpmedelslager. Ett arbete med att upprätta processbeskrivningar och en handbok har inletts för att säkerställa att flöden, rutiner och processer finns dokumenterade i syfte att minska personberoendet samt tydliggöra processer. Detta arbete kommer att fortsätta under 2019. Lagersystemet SESAM är att ett komplext system och mycket transaktionsintensivt. I slutet av 2018 rekryterades en systemförvaltare som sedan tidigare har lång erfarenhet av SESAM.

Bedömning

Revisionen bedömer att nämnden på övergripande nivå kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet. SLSO befinner sig mitt i en omfattande omställnings- och förändringsprocess. Med anledning av detta är det väsentligt att SLSO kontinuerligt utvärderar och utvecklar den interna ekonomistyrningen.

Åtgärder har vidtagits för att stärka det ekonomiska resultatet och produktionen vid resultatenheter med negativa resultat men åtgärderna har inte gett avsedd effekt fullt ut. Antalet enheter som inte klarar det ekonomiska resultatkravet har minskat under 2018 även om enheterna totalt står för ett större negativt resultat tillsammans. Revisionen konstaterar att ekonomistyrning utifrån åtgärdsplaner har varierat mellan och inom de olika verksamhetsområdena. Inom vissa verksamhetsområden har inga skriftliga åtgärdsplaner upprättats. Revisionen bedömer därför att ekonomi- och verksamhetsstyrningen behöver stärkas ytterligare i syfte att nå en ekonomi i balans.

Nämnden behöver fortsatt minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat vilket revisionen påtalat sedan 2015. Utvecklingen under de senaste åren har istället tvärtom inneburit att resultat för denna verksamhet blivit allt mer väsentligt i förhållande till SLSO:s helårsresultat.

Revisionen bedömer att nämndens styrning och uppföljning av systematisk kompetensplanering kan stärkas, där en kompetensförsörjningsplan med tydliga mål och regelbunden uppföljning skulle kunna utgöra ett viktigt verktyg. Det råder brist på personal inom flera områden och det saknas en tydlig och tidsatt plan som redogör för vilka åtgärder som SLSO vidtagit för att komma till rätta med bristen.

3.2 Granskning av upphandlingar genomförda av SLSO

Revisionen har 2018 granskat upphandlingar genomförda av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) där SLSO inte har gjort en formell upphandling eller åberopat undantag från LOU[13].

Granskning har gjorts genom stickprov på transaktioner över direktupphandlingsgränsen[14] från oktober 2017 till maj 2018 på konton avseende främst inhyrd personal samt köp av konsult- och IT-tjänster. Leverantörer som landstinget centralt har tecknat ramavtal med har exkluderats. Totalt har 33 transaktioner granskats som samtliga är högre än gränsen för när en direktupphandling får genomföras på grund av lågt värde.

Bemannings- och konsulttjänster

I granskningen av bemannings- och konsulttjänster har 26 stycken av totalt 33 transaktioner varit avrop på ramavtal tecknade av SLSO. Transaktioner med övriga sju leverantörer har av SLSO ansetts vara direktupphandlingar på grund av synnerliga skäl. Det totala beloppet för dessa sju leverantörer uppgår till knappt 19 mnkr.

[13] Lag om offentlig upphandling (2016:1145)
[14] Gränsen för när en direktupphandling får genomföras på grund av lågt värde (f.n. 586 907 kr) utan ett formbundet förfarande t.ex. konkurrensutsättning genom annonsering.

Anledningen till att avrop inte har skett från det centrala ramavtalet som SLL Upphandling tecknat avseende bemanningstjänster för hälso- och sjukvård 2016[15] uppges av SLSO vara att de tio företag som ramavtalet har tecknats med inte varit beredda att leverera aktuella tjänster till de villkor som överenskommits i avtalet. Av den anledningen avropar inte heller Karolinska på detta ramavtal. Svårigheten att bemanna SLSO är inte ny och någon utredning kring hur situationen kan hanteras ur upphandlingssynpunkt pågår enligt uppgift inte.

Enligt riktlinjerna för SLSO stipuleras att om inte leverantören i ramavtalet kan leverera ska verksamheten fylla i och lämna en inköpsansökan[16] dvs. beställningen övergår till en direktupphandling som kan ligga över direktupphandlingsgränsen. Av de transaktioner som ansågs vara direktupphandlingar finns godkända inköpsansökningar kopplade till fem av de sju leverantörerna med ett totalt värde på ca 16 mnkr. En inskickad inköpsansökan motiveras ofta med synnerliga skäl[17] med vilket främst avses synnerlig brådska då patientsäkerheten ofta sätts i fokus. Godkänd inköpsansökan saknas för två leverantörer med ett totalt värde på ca 3,2 mnkr.

Dokumentation av synnerliga skäl

Revisionen konstaterar att det i lagstiftningen finns utrymme att göra undantag från LOU:s annars grundläggande krav på annonsering och öppen konkurrens vid direktupphandling över direktupphandlingsgränsen (synnerliga skäl). De direktupphandlingar som genomförts med hänvisning till synnerliga skäl uppgår till stora belopp och avser tjänster som SLSO regelmässigt har stort behov av. I de fall där inköpsansökan inte har lämnats in saknas dessutom dokumenterade skäl till varför direktupphandlingar över gränsen genomförts utan konkurrensutsättning. Den som åberopar ett undantag från huvudregeln i LOU om att annonsera och konkurrensutsätta ett inköp över gränsen för direktupphandling, t.ex. genom en direktupphandling på grund av synnerliga skäl, har bevisbörda för att förutsättning för undantag föreligger.

Revisionen har i tidigare granskningar uppmärksammat ett generellt problem inom regionen med otillåtna direktupphandlingar. Lagstiftarens val av begreppet *synnerliga skäl* och inte *särskilda skäl* visar att avsikten är att utrymmet att göra en direktupphandling över gränser ska vara litet.

Bedömning

Revisionens granskning av SLSO:s upphandlingar har inte haft för avsikt att pröva huruvida det funnits lagliga skäl att göra avsteg från LOU utan är mer översiktlig än den som en domstol gör vid en överprövning. Revisionen bedömer dock att risken är stor att flera fall skulle kunna bedömas som otillåtna direktupphandlingar vid en domstolsprövning. Direktupphandlingar av t.ex. bemanningspersonal har genomförts under en längre tid utan att konkreta åtgärder har vidtagits för att genomföra en konkurrensutsatt upphandling.

---

[15] Objektnummer SLL1912, dnr LS 2016-0666
[16] Formell internblankett som ska ifyllas och godkännas av verksamhetschefen då beställningar görs utanför avtal.
[17] Synnerliga skäl – SLSO menar att faktorer inte kunnat förutses och som inte beror på beslut eller avsaknaden av beslut i landstingets egna verksamhet.

Revisionen bedömer även att risk finns att avtal ogiltigförklaras och att upphandlingsskadeavgift kan komma att utdömas i de fall avtal tecknats efter en upphandling där ett undantag i LOU tillämpas utan giltiga och dokumenterade skäl (otillåten direktupphandling). Att inte konkurrensutsätta upphandlingar till så höga värden ligger inte i linje med landstingsfullmäktiges målsättning om att Region Stockholm ska bli Sveriges bästa offentliga upphandlare.

Revisionen bedömer att SLSO behöver se över inköpssituationen för bemanningstjänster inom hälso- och sjukvården och verka för att behov kan tillgodoses på ett mer effektivt sätt än dagens situation och att behoven konkurrensutsätts enligt upphandlingslagstiftningen.

Rekommendation:

- Nämnden bör säkerställa att åberopade synnerliga skäl för att tillämpa direktupphandling tydligt framkommer i dokumentationen i de fall en direktupphandling görs över beloppsgränsen.

3.3 Tydlighet i ansvar, uppgifter och befogenheter

Under 2017 granskade revisionen om ansvar, uppgifter och befogenheter för nämnder, utskott samt beredningar är tillräckligt tydliga. Granskningen omfattade bl.a. SLSO och rekommendationer till styrelsen (nämnden) respektive ledningen avrapporterades i revisionens delrapport och årsrapport för 2017.[18] Enligt styrelsens (nämndens) yttrande[19] över revisionens delrapport 2017 instämde styrelsen (nämnden) i revisorernas uppfattning och att aktuella dokument skulle revideras snarast. Revisionen har under 2018 följt upp granskningen.

3.3.1 Reglemente och arbetsordning

En av revisionens rekommendationer gällde behovet av att revidera reglementet så att verksamhet och arbetsformer anpassas till att SLSO:s styrelse enligt kommunallagen är en nämnd. Förvaltningen har haft en kontinuerlig dialog med landstingsstyrelsens förvaltning för att säkerställa att reglementet för SLSO revideras. Landstingsfullmäktige fastställde 2018-12-11--12 ett nytt reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder[20]. Revisionen konstaterar att SLSO inte längre omnämns som en styrelse utan som en nämnd och att rekommendationen därmed är åtgärdad. En närmare granskning av reglementets följsamhet till kommunallagen kommer att göras under 2019.

En annan av de rekommendationer som revisionen har lämnat gäller att det i styrelsens (nämndens) styrdokument behöver anges att styrelsen (nämnden) alltid beslutar i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Detta eftersom sådana beslut inte kan delegeras. Rekommendationen följdes upp i

[18] Diarienummer för både delrapport och årsrapport: RK 2017-0026.
[19] Dnr: SLSO 18-183.
[20] Dnr: LS 2018-0731

delårsgranskningen 2018 då den ändrade arbetsordningen[21] granskades. I denna anges att styrelsens (nämndens) arbete i första hand ägnas åt frågor som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Rekommendationen avseende detta bedömdes därför som åtgärdad.

Revisionen har till delårsrapporten följt upp om arbetsordningen i övrigt följer kommunallagens regler och fullmäktiges fastställda styrdokument[22]. Revisionen rekommenderade styrelsen (nämnden) att stärka arbetsordningens följsamhet till kommunallagen eftersom ett flertal av arbetsordningens bestämmelser har sin utgångpunkt ifrån aktiebolagslagen[2] snarare än kommunallagen. Ett exempel på detta är att en av styrelsens uppgifter i den uppdaterade arbetsordningen anges vara att utöva tillsyn över sjukvårdsdirektören. Enligt kommunallagen ska styrelsens (nämndens) kontroll omfatta sjukvårdsområdet (förvaltningen) som helhet så att styrelsen uppfyller sin huvuduppgift att kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Vidare åläggs sjukvårdsdirektören genom arbetsordningen uppgifter som innebär att denne är en del av styrelsen (nämnden), vilket en anställd inte kan vara enligt kommunallagen. Styrelsen (nämnden) beslutade 2018-12-14[23] att avskaffa sin arbetsordning mot bakgrund av att fullmäktige fastställde ett nytt reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder. Revisionens rekommendation kommer därför avskrivas.

3.3.2 Delegation och vidaredelegation

I årsgranskningen 2018 har övriga rekommendationer från granskningen 2017 följts upp. Uppföljningen har omfattat granskning av *Instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören i SLSO*[24] och *Delegation och verkställighet – riktlinjer för SLSO*[25] som gällde under 2018 samt reviderade versioner av dokumenten som började gälla 2019-01-31[26]. Syftet med granskningen har varit att bedöma om dokumenten följer kommunallagens regler. Se bilaga 3 för en mera detaljerad beskrivning av granskningen.

Granskningen visar att styrdokumenten inte längre använder begrepp för en kommunal nämnd som inte har stöd i kommunallagen, exempelvis "löpande förvaltning". Rekommendationen är därmed åtgärdad.

Revisionen rekommenderade ledningen 2017 att revidera *Delegation och verkställighet – riktlinje för SLSO (riktlinjen för vidaredelegation)* för att säkerställa ett övre beloppstak och i förekommande fall en tidsgräns för beslut som vidaredelegeras. Likaså att alla vidaredelegationsbeslut har stöd i styrelsens delegationsordning. Styrelsen (nämnden) rekommenderades att beslutsrätten förs över enligt delegeringsreglerna i kommunallagen och att den delegation som ges när det gäller t.ex.

---

[21] Dnr: SLSO 18-181.
[22] Styrdokumenten är: reglemente för landstingsstyrelse och nämnder (dnr: LS 2017-1197), generella ägardirektiv (dnr: LS 2017-1467), specifika ägardirektiv (dnr: LS 2015-0385) och ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper (dnr: LS 2017-1467)
[23] Dnr: SLSO 18-181, styrelseprotokoll nr 9/2018.
[24] Dnr: SLSO 18-182
[25] Dnr: SLSO 18-183
[26] Instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören (dnr: SLSO 19-101) och delegation och verkställighet – riktlinje för SLSO (dnr: SLSO 18-183)

upphandling är så preciserad att styrelsen (nämnden) kan behålla ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten.

Styrelsen (nämnden) fastställde 2018-02-13 *Instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören (delegationsordningen)*, som gällde fram till 2019-01-31 då nämnden antog en ny delegationsordning som började gälla 2019-02-01[27]. Enligt båda delegationsordningar måste beslutsrätten i följande ärenden ligga kvar hos styrelsen (nämnden) och kan inte delegeras till sjukvårdsdirektören: a) ärenden som omfattar verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet, b) framställningar eller yttranden till fullmäktige, c) yttranden med anledning av överklagade styrelsebeslut, d) ärenden som rör myndighetsutövning mot enskild, om det är av principiell beskaffenhet eller av annars större vikt.

Styrelsen (nämnden) har i den tidigare delegationsordningen delegerat till sjukvårdsdirektören att fatta beslut i 21 ärenden. I gällande delegationsordning har sjukvårdsdirektören delegation från nämnden att fatta beslut i 23 ärenden. I båda delegationsordningar har två beslutanderätter[28] inte fått vidaredelegeras. Övriga 19 respektive 21 beslutanderätter har sjukvårdsdirektören vidaredelegerat genom fastställande av riktlinje för vidaredelegation[29].

Granskningen visar att både tidigare och gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation har innehållit flera beslutanderätter som inte är så preciserade att det kan uteslutas att de kan avse ärenden om mål, inriktning, omfattning eller kvalitet som enligt kommunallagen inte får delegeras. Exempel på sådana beslutanderätter är "upphandling och tilldelningsbeslut av vara, förbrukningsartikel eller tjänst" och "vårdavtal och auktorisation enligt vårdvalet med landstingets beställare".

Det finns också exempel på beslutanderätter som inte har varit tydligt avgränsade, dvs. det inte framgått på ett tydligt sätt vad styrelsen (nämnden) har delegerat till sjukvårdsdirektören. Exempel på sådana beslutanderätter har varit "investering i byggnation", "investering i utrustning med ekonomisk livslängd över tre år" och "besöksinskränkning/tillträdesförbud/vistelseförbud i allmänhet".

I den tidigare delegationsordningen fanns beslutanderätter som styrelsen (nämnden) inte begränsade med belopp, t.ex. "fördelning av gåvomedel", "investering i byggnation", "investering i utrustning med ekonomisk livslängd över tre år", "upphandling och tilldelningsbeslut av vara, förbrukningsartikel eller tjänst" och "förnyad konkurrensutsättning av varor eller tjänster från ramavtal". För flera av dessa beslutanderätter angavs i tidigare riktlinje för vidaredelegation att styrelsen (nämnden) beslutar över en viss beloppsnivå, t.ex. 10 mnkr. Det betydde att sjukvårdsdirektören begränsade sina egna beslutanderätter.

---

[27] Dnr: SLSO 19-101, daterad 2019-02-01
[28] Dessa två beslutanderätter är organisation av övergripande ledningsfunktioner respektive fastställande av delegationsordning för verksamheterna dvs. riktlinje för vidaredelegation.
[29] Riktlinje för vidaredelegation (dnr: SLSO 18-183) som gällde under 2018 fastställdes 2018-02-08. Gällande riktlinje för vidaredelegation (dnr: SLSO19-101) började gälla 2019-02-01.

Gällande delegationsordning anger att sjukvårdsdirektören har delegerats rätt att fatta beslut, som inte är av principiell betydelse, med en årskostnad om högst 10 mnkr. Delegeringen har kunnat vidaredelegerats. Enligt uppgift syftar delegeringen till att begränsa och villkora övriga delegeringar och vidaredelegeringar med ett belopp (<10 mnkr). Att delegeringen skulle fungera som en begränsning/villkor framgår inte på ett tydligt sätt i delegationsordningen. Revisionen noterar att nämnden inte har definierat vad "beslut som inte är av principiell betydelse" varit. I delårsrapport 2018 gjorde revisionen en motsvarande notering att det i styrelsens (nämndens) arbetsordning inte definieras vad som avses med frågor om ovanlig beskaffenhet eller stor betydelse. Vidare som delegationsordningen varit utformad, med delegeringarna uppställda i punktform, kan denna delegerings otydliga omfattning innebära att vissa av övriga delegeringar kunnat utgå.

Vidare visar granskningen att sjukvårdsdirektören har vidaredelegerat "försäljning av vårdtjänster inom Region Stockholm och till kommun", trots att styrelsen (nämnden) inte har delegerat denna beslutanderätt till direktören. Detta kommenterades även i revisionens delrapport 2017. Vidare finns exempel där delegeringar och vidaredelegeringar inte varit formulerade på samma sätt.[30]

I kommunallagen särskiljs begreppen nämndbeslut respektive verkställighetsbeslut. Nämndbeslut kännetecknas av att det föreligger alternativa lösningar och att beslutsfattaren måste göra vissa överväganden och bedömningar. Verkställighetsbeslut kännetecknas av det inte får finnas utrymme för självständiga bedömningar. Nämndbeslut kan laglighetsprövas medan verkställighetsbeslut inte kan laglighetsprövas. Både tidigare och gällande riktlinje för vidaredelegation har angett att flera beslutanderätter varit verkställighetsbeslut, t.ex. "förnyad konkurrensutsättning, beställning och/eller avrop av varor eller tjänster inom ramen för upphandlade avtal". Revisionen menar att denna beslutanderätt egentligen har varit två beslutanderätter: förnyad konkurrensutsättning respektive beställning och/eller avrop av varor eller tjänster. När det gäller förnyad konkurrensutsättning menar revisionen att handläggaren behöver göra vissa överväganden och bedömningar vilket kännetecknar ett nämndbeslut.

3.3.3 Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen (nämnden) har åtgärdat revisionens rekommendation om att det i styrdokument, i det här fallet både delegationsordningen för 2018 och för 2019, bör framgå att styrelsen (nämnden) ska besluta i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Tidigare och gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation innehåller inte heller längre begrepp som "löpande förvaltning" enligt revisionens rekommendation.

Revisionen bedömer att både styrelsen (nämnden) och ledningen behöver fortsatt åtgärda rekommendationerna avseende delegation och vidaredelegation, fast nya versioner av dokumenten är fastställda inför 2019. Styrelsen (nämnden) behöver precisera delegerade beslutanderätter så att den fortsatt kan ha kontroll, fast

[30] Se beslutanderätter nr 4, nr 5, nr 6, nr 7 och nr 11 i bilaga 3.

beslutanderätten överlåts till en delegat. Revisionens bedömning är att delegationsordningens beloppsbegränsning bör förtydligas, t.ex. att gränsen är kopplat till beslutet och inte till en årskostnad.

Ledningen behöver också säkerställa att vidaredelegerade beslutanderätter utgår ifrån delegationsordningen och att det tydliggörs vilken delegat som har beslutanderätt.

När det gäller nämnd- och delegationsbeslut respektive verkställighetsbeslut är revisionens bedömning att styrelsen (nämnden) behöver ta ställning till vilka ärenden och beslut, t.ex. beslut i upphandlingsärenden upp till ett visst belopp, som kan betraktas som verkställighetsbeslut eftersom möjligheten till laglighetsprövning försvinner.

Rekommendation

Nämnden bör

- säkerställa att delegerade beslutanderätter preciseras så att det tydligt framgår att nämnden behåller ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten.
- bör ta ställning till vilka ärenden och beslut, t.ex. beslut i upphandlingsärenden upp till ett visst belopp, som kan betraktas som verkställighetsbeslut eftersom möjligheten till laglighetsprövning försvinner.

Ledningen för SLSO bör säkerställa att

- all vidaredelegering har stöd i nämndens delegationsordning och formuleras på samma sätt.

3.4 Förbrukningshjälpmedel i hemmet

SLSO övertog 1 juni 2018 driften av verksamheten från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) som tidigare upphandlat tjänsten externt från OneMed Sverige AB. Avtalet avslutades av HSN i förtid per den 31 maj 2018. Per delåret beskrev SLSO att tiden för övertagandet av verksamheten var kort och att sommarperioden var ansträngande. Avtalet om förbrukningshjälpmedel i hemmet, som omfattar cirka 125 000 brukare, 2 500 förskrivare och totalt omkring 1 500 leveranser per vecka innebar att övertagandet, ställde stora krav på utförandet, bemanning samt logistik. Leverantören Schenker Dedicated Services AB, som upphandlats av SLSO för lagerhållning och distribution av förbrukningshjälpmedel, fick omgående omfattande leveransproblem som ledde till att produkterna inte kunde levereras till patienterna. De åtgärder som SLSO vidtog var bland annat att öppna ett akutlager med de mest medicinskt akuta produkterna samt att uppmana patienter att själva införskaffa förbrukningshjälpmedel för vilka de sedan kunde begära ersättning för i efterhand. Åtgärderna gav gradvis effekt och i slutet av augusti bedömdes leveranstiderna för förbrukningshjälpmedel ske som beräknat.

Under hösten påbörjade SLSO en egen händelseanalys av utvecklingen. Revisionen har vid flera tillfällen under hösten 2018 efterfrågat dokumentation vilken inte erhållits. Enligt intervju med förvaltningen innebar övertagandet oklarheter i ansvarsförhållande vilket bidrog till att processen inklusive upphandling och genomförande fördröjdes. Detta påverkade i sin tur driftstarten negativt. Den riskanalys som legat till grund för övertagandet gjordes av landstingsstyrelsens förvaltning (LSF). SLSO gjorde ingen egen riskanalys inför övertagandet. SLSO uppger vidare att en särskild genomförandeorganisation inte inrättades, men att en sådan hade kunnat involvera flera olika parter, däribland HSN, SLSO samt upphandlade leverantörer. Stödet från SLL centralt i upphandlingsförfarandet inför övertagandet upplever SLSO inte har fungerat. SLSO uppger att det konsultstöd som anlitats, och som varit nödvändigt inför driftstart, varit tillfälligt och att SLSO från och med hösten 2018 omhändertagit systemstöd etc. inom den egna organisationen. SLSO bedömer att den fortsatta verksamheten med förbrukningshjälpmedel i hemmet kommer att fungera under 2019. Revisionen avser att följa utvecklingen under 2019.

3.5 Kris- och katastrofberedskap

Revisionen har granskat hur Stockholms läns sjukvårdsområde, i den utsträckning som landstingets styrande dokument kräver, ansvarar för regionens generella krisberedskap och för hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap. Granskningen har även genomförts på Södertälje sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset.

3.5.1 Bakgrund om kris- och katastrofberedskap

Stockholms läns landstings arbete med kris- och katastrofmedicinsk beredskap styrs bland annat av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:22). Med utgångspunkt från krav i dessa regelverk har landstingsfullmäktige i Stockholm beslutat om en plan för krisberedskap (LS 2017–0149) och en plan för kriskommunikation (LS 1412–1457) för samtliga nämnder, styrelser och bolag i landstinget. Hälso- och sjukvårdsnämnden har som beställare beslutat om en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan (HSN 2016–1431) som ska följas av alla vårdgivare.

3.5.2 Krisberedskap

Enligt fullmäktiges plan för krisberedskap är varje nämnd/styrelse ytterst ansvarig för planering och organisering av krisberedskap inom sitt verksamhetsområde. De ska därför utarbeta och anta lokala planer i enlighet med landstingets krisberedskapsplan samt ansvara för att utbildning och övning genomförs enligt fastställd utbildningsplan. Vid en allvarlig eller extraordinär händelse ska förvaltningschef/vd på begäran av landstingsdirektören kunna ge rapportering av lägesbild samt förväntad utveckling och vidtagna åtgärder. De lokala planerna ska omhänderta frågor kopplade till sjukhusets robusthet samt funktions- och driftsäkerhet, exempelvis påverkan på el, tele, datakommunikation, vatten, värme och motsvarande anordningar för viktiga tekniska försörjningsfunktioner.

Landstingets förvaltningar och helägda bolag ska genomföra risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter. Syftet med en risk- och sårbarhetsanalys är att förebygga, förbereda och hantera kriser. Analysen utgör underlag för att utforma katastrofberedskap. Vidare ska förvaltningar och bolag upprätta kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer enligt ISO 22301:2014. En kontinuitetsplanering syftar till att stärka förmågan i organisationen att, efter avbrott, kunna fortsätta tillhandahålla verksamhet till en i förväg beslutad omfattning. Slutligen ska förvaltningar och bolag organisera en tydlig kontaktväg för samverkan med övriga berörda aktörer inom landstinget vid allvarliga händelser.

Planen har upprättats och godkänts av en av en och samma person, SLSO:s chefläkare. I samma plan anges att chefläkare har ansvar för den övergripande katastrofmedicinska planeringen och för att uppdatera och revidera planen. Vid SLSO innehar tre personer tjänsten som chefläkare och vem av dessa som har detta ansvar framgår inte. Verksamhetschefer ansvarar vidare för att lokala kris- och katastrofmedicinska planer upprättas vid resultatenheter inom SLSO. Mall finns för att utarbeta sådana lokala planer, men uppföljning sker inte av hur många enheter som har tagit fram en egen plan.

En beredskapsfunktion har etablerats vid SLSO i enlighet med kraven i landstingets krisberedskapsplan. Fastställda rutinbeskrivningar för arbetet i beredskapsfunktionen saknades dock vid tidpunkten för granskningen, men ska enligt uppgift fastställas i slutet av 2018.

Granskningen visar att det inte har genomförts någon övergripande risk- och sårbarhetsanalys inom ramen för SLSO:s kris- och katastrofmedicinska arbete. Det bedrivs inom SLSO ett riskarbete som bland annat omfattar riskanalyser gällande patientsäkerhet och risk- och sårbarhetsanalyser vid implementering av nya system och vid nya sjukvårdsuppdrag. Dessa görs dock inte utifrån MSB:s föreskrifter eller som ett led i ett samlat strategiskt krisberedskapsarbete.

I landstingets krisberedskapsplan fastställs vidare att SLSO ska upprätta kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer enligt ISO 22301:2014. En kontinuitetsplanering syftar till att stärka förmågan i organisationen att, efter avbrott, kunna fortsätta tillhandahålla vård till en i förväg beslutad omfattning[31]. Reserv- och återgångsrutiner för att upprätthålla beslutad verksamhet dokumenteras i regel i kontinuitetsplaner och i en verksamhet kan det finnas ett stort antal sådana.[32] Vid granskningstillfället fanns inga kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer vid SLSO i enlighet med ISO 22301:2014. Enligt uppgift ska ett arbete med att ta fram risk- och sårbarhetsanalys för SLSO påbörjas inom snar framtid och i samband med det arbetet planeras även att ta fram åtgärder för kontinuitetsplanering. Det finns dock inget formellt uppdrag från styrelse eller sjukvårdsdirektör till verksamheten att genomföra risk- och sårbarhetsanalys eller upprätta kontinuitetsplaner.

[31] ISO 22301:2014
[32] Krisberedskapsmyndigheten. 2006. Kontinuitetsplanering – en introduktion.

I landstingets krisberedskapsplan framgår att viktiga frågor gällande funktionssäkerhet och robusthet ska integreras i planeringsarbetet på alla nivåer. Exempel på viktiga områden är försörjningsstöd för el-, tele- och datakommunikationer, reservanordningar, vattenförsörjning, byggnaders robusthet, skydd mot kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen, distribution av läkemedel och personalförsörjning. Granskningen visar att SLSO:s riktlinjer för lokala krisberedskapsplaner inte omhändertar frågor om robusthet samt funktions och driftssäkerhet annat än i mycket generella termer. Vidare står i SLSO:s övergripande kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan inte något om reservanordningar, IT-drift eller skydd mot kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen. Brandarbete tas upp i planen, men i övrigt behandlas inte frågor om byggnaders robusthet i planen. I beredskapsplanen uppmärksammas inte heller behovet av kravställning gentemot tredje part, som fastighetsförvaltare och driftsentreprenörer, när det gäller funktions- och driftssäkerhet som SLSO är i behov av.

Granskningen visar att SLSO har tillfredsställande samverkan med övriga aktörer i enlighet med de krav på samverkan som ställs i landstingets krisberedskapsplan. I landstingets krisberedskapsplan framgår även att SLSO ansvarar för utbildning och övning inom krisberedskapsområdet enligt fastställd utbildningsplan. Det noteras att ett begränsat antal utbildningar och övningar har genomförts vid SLSO och det har saknats utbildnings- och övningsplan som säkerställer att utbildningar genomförs på ett systematiskt sätt. Enligt uppgift ska en sådan plan tas fram för 2019–2022.

3.5.3 Kriskommunikation

SLSO har utformat en lokal kriskommunikationsplan i enlighet med landstingets centrala plan. Planen är ett komplement till SLSO:s kris och katastrofmedicinska beredskapsplan och omfattar samtliga verksamheter inom sjukvårdsområdet, fokuserar på ledning och samordning av kriskommunikation vid en gemensam hantering och riktar sig i första hand till chefer och kommunikatörer inom SLSO. I stora drag behandlar planen SLSO:s kommunikativa uppdrag vid kris, inriktning för kriskommunikation, ansvar och organisation, kriskommunikationens faser samt bilagor i form av checklistor, bedömningsmall, mallar för rapportering och lägesbild, riktlinjer för lokala planer, definitioner och metod för bland annat viktigt meddelande till allmänheten (VMA).

I enlighet med kraven i landstingets plan för kriskommunikation har SLSO utsett en central funktion som utgör SLSO:s kontaktpunkt för landstingets centrala kriskommunikationsfunktion under dygnets 24 timmar. Däremot finns inte beskrivet vilka lokala kontaktpunkter för kriskommunikation som finns utsedda inom de olika verksamheterna vid SLSO. Ingen uppföljning görs av att kontaktpunkter har utsetts. I SLSO:s kriskommunikationsplan framgår endast att respektive verksamhet ska ansvara för att utforma egen kriskommunikationsplan samt tillhandahålla beredskap för kriskommunikation i den egna verksamheten. Specifika nätverk för kriskommunikation finns inte men frågorna hanteras inom ordinarie kommunikationsnätverk i SLL och SLSO.

Enligt landstingets kriskommunikationsplan ska verksamheterna säkerställa kontinuitet för kritiska system och tjänster samt god tillgänglighet till viktiga kanaler, exempelvis webbplatser. Vid SLSO ligger ansvaret för kontinuitet i systemen på verksamhetsnivå enligt den egna kris- och katastrofmedicinska planen. En intern riskanalys kring funktionaliteten i kritiska informationssystem har genomförts vid SLSO vilken visar att det finns risk att alternativa kommunikationskanaler saknas vid avbrott i nätet. Rakel används men kunskapen om användning av systemet är enligt uppgift begränsad. Vidare finns i dagsläget vid SLSO endast en person utsedd för att kunna ha beredskap för kriskommunikation och att uppdatera prioriterade webbplatser/kanaler utanför ordinarie arbetstid, men plan finns att tillse att flera personer inom SLSO ska kunna ha denna funktion även utanför ordinarie arbetstid. SLSO har enligt landstingets kriskommunikationsplan även ansvar för att utbilda och öva i enlighet med övergripande utbildnings- och övningsplan. I granskningen framkommer att specifika övningar och utbildningar gällande kriskommunikation saknas inom SLSO. Den utbildning som genomförs är endast i form av deltagande i landstingets övergripande kris- och katastrofutbildning.

3.5.4 Katastrofmedicinsk beredskap

SLSO har, i enlighet med landstingets katastrofmedicinska beredskapsplan, dokumenterade rutiner för att upprätta en lokal särskild sjukvårdsledning med uppgift att leda SLSO:s verksamheter i det katastrofmedicinska arbetet. Rutinerna omfattar även förmågan att bistå regional särskild sjukvårdsledning med att etablera samband och samverkan med landstingsfinansierad privat driven verksamhet inom primärvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, geriatrik och ASIH.

Bedömning

Revisionen bedömer att nämnden för SLSO inte fullt ut förberett sig för kris i enlighet med de krav som ställs i landstingets plan för krisberedskap. SLSO saknar en risk- och sårbarhetsanalys, vilket fastställs i landstingets krisberedskapsplan att SLSO ska genomföra. SLSO saknar också kontinuitetsplan som, enligt landstingets krisberedskapsplan, ska finnas för kritiska verksamheter och processer. Revisionen menar att detta är en brist eftersom risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering utgör en nödvändig grund för ett systematiskt och väl anpassat kris- och katastrofberedskapsarbete. Frånvaron av risk- och sårbarhetsanalys och kontinuitetsplanering påverkar i förlängningen förmågan att planera för och säkerställa funktionssäkerhet och robusthet i kritiska försörjningssystem för prioriterade verksamheter. Vid SLSO framgår inte idag i styrande dokumentation, såsom risk- och sårbarhetsanalys och kontinuitetsplaner, hur verksamheten skulle påverkas vid ett avbrott eller påverkan i kritiska försörjningssystem och därmed vilka åtgärder som skulle vidtas. Enligt landstingets plan för kriskommunikation har styrelse (nämnd) och ledning ansvaret för att övergripande planering kommer till stånd. Vidare anser revisionen att ansvarsfördelningen för övergripande katastrofmedicinsk planering inte är helt tydlig såsom det är formulerat i SLSO:s kris- och katastrofmedicinska plan, där de tre chefläkarna jämte sjukvårdsdirektör är ansvariga, samt att den kris- och katastrofmedicinska planen bör godkännas av sjukvårdsdirektören.

Nödvändiga funktioner för att etablera samverkan vid allvarlig händelse bedöms finnas såväl inom SLSO som mot andra delar av landstinget. Gällande utbildning och övning konstaterar revisionen att det inte genomförts på ett systematiskt sätt då det saknas styrande dokument, såsom utbildnings och övningsplan. Det är därför angeläget att ledningen beslutar om den planerade utbildnings- och övningsplanen 2019–2022 samt säkerställer ansvarsfördelning för genomförande och uppföljning av denna.

Revisionen bedömer att nämnden delvis har skapat förutsättningar för kriskommunikation i enlighet med de krav som ställs i landstingets plan för kriskommunikation. SLSO har utformat en lokal kriskommunikationsplan i linje med landstingets centrala kriskommunikationsplan. Planen är dock generiskt skriven och uppföljning görs inte av om lokala kontaktpersoner för kriskommunikation utsetts i verksamheterna. Det genomförs inte heller övningar eller utbildningar enligt en övergripande utbildnings- och övningsplan såsom fastställt i den regionala kriskommunikationsplanen. Det bör även säkerställas att alternativa kommunikationskanaler finns och är kända i organisationen vid avbrott i nätet.

Revisionen bedömer att SLSO har skapat en katastrofmedicinsk beredskap i enlighet med de krav som finns i landstingets plan för kriskommunikation. Metoder och rutiner finns för att upprätta lokal särskild sjukvårdsledning liksom förmåga att bistå regional sjukvårdsledning att upprätta samband och samverkan med landstingsfinansierad privat driven verksamhet.

Rekommendationer

- Nämnden bör i enlighet med krav ställda i regionens plan för krisberedskap upprätta en risk- och sårbarhetsanalys som utgångspunkt för verksamhetens strategiska kris- och katastrofberedskapsarbete
- Nämnden bör säkerställa att det på övergripande nivå samt för olika verksamheter arbetas fram kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer i enlighet med ISO 22301:2014
- Ledningen bör säkerställa att utbildning och övning i kris- och katastrofmedicinsk beredskap samt kriskommunikation genomförs systematiskt och utifrån fastställd utbildningsplan

3.6 Grundläggande arbetet med informationssäkerhet

3.6.1 Lokalt arbete med informationssäkerhet

I ett särskilt projekt[33] har revisionen granskat det grundläggande arbetet med informationssäkerhet vid Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Granskningens syfte har varit att besvara frågan hur SLSO säkerställer att det finns ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar verksamheternas lägsta operativa nivå i enlighet med landstingets mål, policy och riktlinjer för informationssäkerhet. Det är även viktigt att vårdens medarbetare i verksamheterna är

[33] Landstingsrevisorerna, Projektrapport 8/2018 RK2018-0021

involverade i arbetet med informationssäkerhet. SLSO och Karolinska universitetssjukhuset har granskats.

Enligt policy och riktlinjer för informationssäkerhet, beslutade av Stockholms läns landsting[34], ska ett systematiskt säkerhetsarbete bedrivas i syfte att skydda regionens information. Varje nämnd/styrelse har ansvar för informationssäkerheten inom sitt verksamhetsområde och ska årligen planlägga och löpande följa upp informationssäkerhetsarbetet. Detta för att säkerställa att viktiga informationstillgångar omfattas av väl avvägda skyddsåtgärder. Revisionen har granskat om informationssäkerhetsarbetet är implementerat i sådan grad att verksamheternas lägsta operativa nivå har ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete på plats.

Revisionen bedömer att ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete enligt Compliance-processen[35], saknas för flera av de granskade vårdcentralerna[36]. SLSO är i uppstartsfasen för arbete i enlighet med Compliance-processen och kommer inledningsvis att arbeta med gapanalyser, vilket utgör en grundförutsättning för arbetet med riskanalyser. Vid SLSO:s verksamheter saknas "goda exempel" för det systematiska arbetet med riskanalyser, handlingsplaner och klassificering av information. Det kvarstår, i flera fall, att ta fram riskanalyser och handlingsplaner på enhetsnivå. Inom verksamheten finns en mängd olika rutiner och system som enligt revisionen gör det extra angeläget att påbörja riskanalysarbetet på enhetsnivå. När riskanalysarbetet är avklarat bör tillhörande handlingsplaner upprättas och klassificering av informationen ske genom att verksamheterna på enhetsnivå tillämpar landstingets informationsklassificering.

Det finns en grundläggande e-utbildning[37] i informationssäkerhet som är obligatorisk för alla i hela regionen. En generell iakttagelse är att det finns svårigheter att motivera personal, som varit anställda en längre tid, att genomgå utbildningen. Revisionen anser att det är viktigt att samtliga anställda har en grundläggande kunskap om informationssäkerhet och att den generella riskmedvetenheten hos medarbetarna kontinuerligt upprätthålls. Därför bör samtliga medarbetare genomföra en grundläggande informationssäkerhetsutbildning enligt gällande riktlinjer.

Ytterligare en iakttagelse i granskningen är att det saknas ett koncept för systematisk vidareutbildning inom informationssäkerhetsområdet. Eftersom ett systematiskt informationssäkerhetsarbete saknas i majoriteten av de granskade verksamheterna, saknas det även en process för förbättringsarbete avseende informationssäkerhet. Medarbetare ska rapportera avvikelser, i vissa fall också gällande informationssäkerhet[38], vilket är en viktig del i förbättringsarbetet. Revisionen anser det viktigt att alla verksamheter påbörjar ett systematiskt informationssäkerhetsarbete och att samtliga medarbetare involveras i förbättringsarbetet.

---

[34] Policy och riktlinjer för informationssäkerhet (LS 1112-1733)
[35] Regionens process för styrning och arbete med systematiskt informationssäkerhetsarbete.
[36] Granskningen har omfattat fem vårdcentraler.
[37] DISA
[38] Rapportering av avvikelser görs i rapporteringssystemet Händelsevis.

Ansvar och roller för informationssäkerhetsarbetet inom SLSO behöver tydliggöras. Verksamheter som nu vilar på informella roller och ansvar bör fokusera på att ta fram dokumenterade arbetsbeskrivningar som tydliggör vilket ansvar medarbetarna har för att hantera information på ett korrekt och säkert sätt och att det kommuniceras till berörda medarbetare. Instruktioner och rutiner gällande arbetet med informationssäkerhet bör tydliggöras och implementeras för samtliga verksamhetsnivåer. Detta gäller t.ex. riskanalys, uppföljning och förbättringsarbete. Verksamheterna bör involvera medarbetarna i informationssäkerhetsarbetet och utbilda dem så att det blir tydligare vem som är informationsägare.

Granskningen visar att det i några fall finns ett systematiskt arbete med riskanalyser och handlingsplaner lokalt vid SLSO medan det i andra fall saknas riskanalyser. Revisionen tycker det är allvarligt att det inte genomförts någon riskanalys med tillhörande handlingsplan och klassificering eftersom det kan finnas risker som inte identifierats och som bland annat kan påverka patientsäkerheten. Det är därför viktigt att alla verksamheter inom SLSO genomför riskanalyser med klassificering och handlingsplan. Resultatet ska dokumenteras och delges medarbetare.

Revisionens samlade bedömning är att det saknas ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar medarbetarna på SLSO. Revisionen rekommenderar därför nämnden att säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga nivåer i verksamheten, att roller och ansvar för informationssäkerhetsarbetet tydliggörs och kommuniceras på samtliga nivåer i verksamheten samt att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.

3.7 Avrapporterade granskningar i delrapport

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

Granskning av Hållbara patientmåltider

Revisionen har granskat SLSO:s arbete med hållbara patientmåltider mot bakgrund av att SLSO serverar flest patientmåltider inom landstinget. Drygt 850 000 matportioner serverades till patienter år 2017. Hållbara patientmåltider innebär bland annat minskat matsvinn, lägre klimatpåverkan samt att hållbarhetskrav alltid ställs vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel. Revisionen granskade 15 verksamheter utifrån SLSO:s två mål: andelen ekologiska livsmedel och matsvinn.

Revisionens sammanfattade bedömning var att SLSO:s ledning bör stärka sin styrning och uppföljning när det gäller hållbara patientmåltider. Detta för att säkerställa att hela verksamheten arbetar i enlighet med fullmäktiges mål för hållbara patientmåltider och nämndens handlingsplan för miljö. Revisionen har rekommenderat SLSO:s ledning att stärka sin styrning och uppföljning när det gäller hållbara patientmåltider för att säkerställa att alla verksamheter antar mål och arbetar med åtgärder i enlighet med landstingets miljöprogram.

Granskning av Habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning

Revisionen har i ett särskilt projekt[39] granskat om styrningen och utformningen av habiliteringsverksamheten i länet leder till en målgruppsanpassad, tillgänglig och patientsäker vård för personer med funktionsnedsättning. Granskningen berör delshälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) ansvar för vårdens planering, styrning och uppföljning, dels SLSO:s styrning och uppföljning av verksamheten Habilitering och Hälsa.

Granskningen visade att de få kvalitetsmål som formulerats i avtal för SLSO:s habiliteringsverksamhet i huvudsak uppnås men att HSN:s avtalsstyrning samt vårdgivare och andra aktörers samverkan behöver utvecklas för att habiliteringen ska kunna erbjuda sina målgrupper mer jämlika, kvalitativa och samordnade insatser i tid. Det finns också stora utmaningar för att säkra kapacitet och tillgång på kompetens inom verksamheten. En ökad tillströmning av patienter, rekryteringssvårigheter samt en förändrad organisation och arbetssätt inom SLSO:s habiliteringsverksamhet har lett till brist på kvalificerad personal och svårigheter att möta behoven av insatser. Nämnden i Stockholms läns sjukvårdsområde behöver särskilt stärka kompetensförsörjningen vid de habiliteringscentra i länet där det råder kompetens- och kapacitetsbrist. I syfte att säkerställa att patienter får nödvändiga och berättigade insatser även efter övergången till vuxenpsykiatrin bör vårdkedjan mellan barn- och vuxenhabiliteringen utvecklas. Åtgärder bör även vidtas för att öka andelen samordnade individuella vårdplaner (SIP) för personer som är i behov av samtida insatser från kommun och landsting.

Av yttrande[40] över rapporten framgår att SLSO:s styrelse delar revisionens slutsatser, att nämnda utvecklingsområden är kända och att åtgärder vidtagits och fortsätter att vidtas.

Förutsättningar för klinisk forskning

I ett särskilt projekt[41] har revisionen granskat om landstinget och Karolinska institutet (KI) tillsammans skapar förutsättningar som främjar klinisk forskning. Granskningen har genomförts i samverkan med internrevisionen vid KI. Revisionen bedömer att landstinget och KI i huvudsak strävar efter att tillsammans skapa förutsättningar som främjar klinisk forskning. Samtidigt framträder i granskningen en bild av två starka parter som är beroende av varandra men inte helt delar vision kring vad den kliniska forskningen kan och ska bidra med eller hur detta ska åstadkommas. De rekommendationer som revisionen lämnade i rapporten riktar sig till landstingsstyrelsen. Till hälso- och sjukvårdsnämnden framförde revisionen att en gemensam strategi för den kliniska forskningen saknas. Såväl vårdens ersättningssystem som

[39] Landstingsrevisorerna, 2/2018 Habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning
[40] SLSO 18-1071
[41] Landstingsrevisorerna, 1/2018 Förutsättning för klinisk forskning

forskningens olika fördelningssystem skapar målkonflikter och det är oklart hur forskningen ska inkluderas i den s.k. nätverkssjukvården. Revisionskontoret har inga rekommendationer till SLSO i projektrapporten men ombads inkomma med yttrande.

Av yttrandet[42] framgår att SLSO:s styrelse i huvudsak delar revisionens slutsatser och rekommendationer.

3.8 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har även genomfört granskningar av ledningsnära kostnader och representation samt bokslutsprocessen. Inga nya väsentliga iakttagelser har noterats i dessa granskningar.

3.9 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen.

Revisionen har följt upp rekommendationerna som gavs i revisionens projektrapport 10/2016 Samverkan i missbruks-/beroendevården. SLSO har redovisat åtgärder för de rekommendationer revisionen lämnat. I den uppföljning som revisionen gjort med anledning av redovisade åtgärder har svar på samtliga frågor, och delar av efterfrågad skriftlig dokumentation, erhållits.

Revisionen har följt upp rekommendationen som gavs i årsrapporten 2017 att nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av användningen av förnyelsebara drivmedel för att säkerställa uppfyllelsen av målet i landstingets miljöprogram. I regionens miljöprogram 2017–2021 framgår att målnivåerna ska höjas successivt för att nå 95 procent förnyelsebart bränsle 2021. SLSO:s eget mål (för 2017 respektive 2018) är 35 procent. Utfallet för 2018 är 22 procent vilket är ett något högre utfall jämfört med föregående år då utfallet var 20 procent. I syfte att nå miljöprogram 2017–2021 har nämnden i verksamhetsplan[43] (budget) för 2019 formulerat en stärkt satsning i syfte att öka mängden förnybar energi vilket bland annat ska innebära att öka antalet elbilar till år 2021.

I bilaga 1 framgår hur samtliga rekommendationer, inkluderat ovanstående, har hanterats.

3.10 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämnden på övergripande nivå kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet. Sjukvården i Stockholms län befinner sig i en omfattande omställnings- och förändringsprocess. Med anledning av detta är det väsentligt att SLSO kontinuerligt utvärderar och bedömer hur den interna ekonomistyrningen kan utvecklas ytterligare. Många nya verksamheter startas under pågående år där organisationen inte ges någon möjlighet till planering för de olika aktiviteterna i

[42] SLSO 18-0737
[43] LS 2018-0696

budgetarbetet. Tydliga och enhetliga riktlinjer avseende projektstyrning blir därför ett viktigt styrinstrument. I detta arbete har regionen centralt en viktig roll för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig planering av SLSO:s olika verksamheter.

Åtgärder har vidtagits för att stärka det ekonomiska resultatet och produktionen vid resultatenheter som uppvisar negativa resultat. Åtgärderna har inte haft avsedd effekt. Antalet enheter som inte klarar det ekonomiska resultatkravet har emellertid minskat under 2018 även om enheterna totalt står för ett större negativt resultat tillsammans. Revisionen konstaterar att ekonomistyrning utifrån åtgärdsplaner har varierat mellan och inom de olika verksamhetsområdena. Inom vissa verksamhetsområden har skriftliga åtgärdsplaner inte upprättats. Revisionen bedömer därför att ekonomi- och verksamhetsstyrningen behöver stärkas ytterligare i syfte att nå en ekonomi i balans.

Nämnden behöver fortsatt minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat vilket revisionen påtalat sedan 2015.

Revisionen bedömer att nämndens styrning och uppföljning av systematisk kompetensplanering kan stärkas, där en kompetensförsörjningsplan med tydliga mål och regelbunden uppföljning utgör ett viktigt verktyg. Det råder brist på personal inom flera områden och det saknas en tydlig och tidsatt plan som redogör för vilka åtgärder som SLSO vidtagit för att komma till rätta med bristen.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, inte vara helt tillräcklig. Bedömningen baseras på ovanstående samt brister i arbetet med informationssäkerhet, kris och beredskap och upphandling.

Revisionen gör med anledning av genomförd granskning samma bedömning av nämndens interna styrning och kontroll för 2018 jämfört med 2017, då granskningsområdet bedömdes vara inte helt tillräckligt. Baserat på den sammantagna granskningen 2018 så är bedömningen oförändrad jämfört med 2017.

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

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av nämndens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse)

Granskningen har omfattat SLSO:s årsrapport med tillhörande bilagor. SLSO:s årsrapport följer de instruktioner som gäller inom landstinget. Inga väsentliga iakttagelser har noterats. I likhet med tidigare år bedömer revisionen att SLSO, mot bakgrund av SLSO:s storlek, bör följa den kommunala redovisningslagens uppställningsformer

för balansräkning samt kassaflödesanalys. Detta är dock idag inget krav i landstingets mallar.

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

4.2 Redovisning av omställningskostnader

Under 2015 till 2018 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. Under verksamhetsåret 2018 har SLSO haft omställningskostnader om totalt 44 mnkr att jämföra med budgeterat omställningsbidrag på 98 mnkr. Kostnader avseende omställningsåtgärder avser exempelvis dubbla lokalhyror till följd av tomställda lokaler i samband med ombyggnationer, lönekostnader för anställda på projektkontoret, samt avskrivningar för möbler och installationer. En del av omställningskostnaderna är hänförliga till personalkostnader (14 mnkr). Tidsredovisning har inte upprättats vilket innebär att personalkostnaderna baseras på uppskattad nedlagd tid.

Bedömning

Revisionens bedömning är att de omställningskostnader som redovisats i huvudsak är i linje med omställningsarbetet för att anpassa verksamheterna till Framtidens hälso- och sjukvård.

4.3 Granskning av konsultkostnader

Revisionen har genom stickprov granskat konsultkostnader mot verifierande underlag. Stickprovsvis granskning har skett av kostnader som redovisas som konsultarvoden[44]. Granskningen har inte föranlett några väsentliga noteringar iakttagelser.

4.4 Externfinansierade projekt

Per 31 december 2018 finns det 161 stycken (158) projekt där de oförbrukade medlen uppgår till totalt 214 mnkr (176 mnkr) vilka redovisats som en förutbetald intäkt. Vi har noterat att 17 stycken projekt (36) vars oförbrukade medel uppgår till 3 mnkr, har varit stillastående sedan årsbokslutet per 31 december 2017. I samband med årsbokslutet 2017 intäktsförde SLSO tidigare erhållna projektmedel om 20 mnkr som avsåg s.k. *stillastående projekt*. Motsvarande transaktion har inte skett under 2018 och har inte erfordrats. Enligt SLSO:s interna riktlinjer kan intäktsföring av ej nyttjade medel för ett specifikt projekt ske om ingen aktivitet skett under en tvåårsperiod.

[44] IT-tjänster (konto 7542), konsultarvoden för juridiska tjänster (konto 7561), konsultarvoden för marknadsföring/PR (konto 7562) samt övriga konsultarvoden (konto 7569)

Föregående år gjordes en rensning av SLSO:s projekt och flera s.k. stillastående projekt intäktsfördes utan att avstämning skett med finansiär huruvida återbetalningsskyldighet förelåg. Enligt uppgift kommer SLSO framgent ta kontakt med finansiären innan intäktsföring sker av ej förbrukade medel.

Revisionens bedömning är att det finns vissa centraliserade kontrollmoment med avseende på externfinansierade projekt, vilket är positivt. Dock noteras att det föreligger en decentraliserad organisation, där projektansvariga har ett ansvar att kontrollera ändamålsenligheten i de projekt som bedrivs och säkerställa avtalsföljsamhet. Revisionen anser dock att SLSO nu har upprättat en rutin kring hantering av dessa projekt och dess finansiering.

4.5 Hjälpmedelslager

Revisionen har deltagit vid inventering av hjälpmedelslagret och har med hjälp av stickprov genomfört priskontroll av redovisade hjälpmedelsartiklar. Revisionen har även genomfört avstämning mellan lagersystem samt ekonomisystem per 31 december 2018. SLSO redovisar per den 31 december 2018 ett lager bestående av hjälpmedelsartiklar med ett redovisat värde på 374 mnkr (356 mnkr).

Under 2017 genomförde revisionen en fördjupad granskning av hjälpmedelsverksamheten och redovisning av hjälpmedelslager. Ett omfattande arbete har under 2018 skett inom SLSO med de iakttagelser och rekommendationer som lämnades i samband med granskningen. Inom verksamheten finns det ca 200 lagerplatser för de fysiska hjälpmedlen. I dagsläget finns det begränsad kännedom om var samtliga lagerplatser faktiskt finns placerade samt om någon inventering sker av samtliga lagerplatser. Det pågår ett förbättringsarbete gällande hjälpmedelsverksamheten och en utredning har initierats vad gäller lagerplatser och inventeringsrutiner. Under 2019 kommer en inventeringssamordnare att rekryteras till hjälpmedelsverksamheten och en översyn kommer ske om det i dagsläget finns lagerplatser som inte krävs. Inventeringsinstruktioner och inventeringsrutiner kommer fortsätta att ses över under 2019 i syfte att få en bättre kontroll över de olika lagerplatserna och hjälpmedlen samt säkerställa att alla lagerplatser omfattas av inventering kontinuerligt.

SLSO har även under året genomfört en utökad analys/utredning av differenser mellan huvudboken och lagersystemet och korrigerat och kostnadsfört dessa i årsbokslutet. Den slutliga justeringen uppgick till 9,3 mnkr och har kostnadsförts i sin helhet i resultaträkning för 2018. Revisionen har granskat SLSO:s avstämningar mellan huvudboken och lagersystemet och noterar att inga ytterligare avvikelser/differenser har uppstått mellan huvudboken och lagersystemet efter den genomförda korrigeringen.

Revisionens tidigare bedömning att delar av SLSO:s hjälpmedelslager bör klassificeras som anläggningstillgångar kvarstår. Enligt Lag om kommunal redovisning 6 kap. 1§ definieras en anläggningstillgång som en tillgång som är avsedd för stadigvarande bruk eller innehav. Med omsättningstillgång förstås annan tillgång. Enligt 4§ samma lag, ska anläggningstillgångar med begränsad ekonomisk livslängd skrivas av systematiskt över bedömd livslängd.

Bedömning:

Revisionen ser positivt på det förbättringsarbete som skett inom hjälpmedelsverksamheten för att säkerställa ändamålsenliga processer och en tillräcklig kontroll vad gäller hjälpmedelsverksamheten.

4.6 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

4.7 Samlad bedömning av räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara rättvisande.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2018

Nämnden har 2019-01-31 lämnat yttrande över delrapporten för 2018. Nämnden har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Stockholms läns sjukvårdsområde, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
Ansvar och befogenheter					
2017 Delår ID: 1055	Nämnden bör i samverkan med landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige att revidera reglementet för SLSO så att verksamhet och arbetsformer regleras i enlighet med kommunallagen.		X		Vid delåret 2018 uppges att ansvarig tjänsteman på SLSO har en kontinuerlig dialog med landstingsstyrelsen för att säkerställa att reglementet för SLSO revideras. Ett nytt reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder har fastställts. Revisionen noterar att SLSO inte längre omnämns som en styrelse utan som nämnd. En närmare granskning av reglementets följsamhet till kommunallagen kommer att genomföras under 2019. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2017 Delår ID: 1056	Styrelsens styrdokument bör formuleras så att det framgår att styrelsen beslutar i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet och inte i ärenden av principiell art eftersom sådana beslut enligt kommunallagen är förbehållet fullmäktige	X			Styrelsen har reviderat arbetsordning 2018-02-13 så att det nu framgår att styrelsen beslutar i frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet, inte i ärenden av principiell beskaffenhet som är förbehållet fullmäktige. Även delegationsordning för sjukvårdsdirektören har reviderats i enlighet med revisionens rekommendation.
2017 Delår ID: 1057	Nämnden bör säkerställa att: - beslutsrätten förs över enligt delegeringsreglerna i kommunallagen och att det inte används begrepp för en kommunal nämnd som exempelvis "löpande förvaltning" - den delegation som ges när det t.ex. gäller upphandling är så presenterad att nämnden fortfarande kan behålla ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten.		X		Granskningen visar att delegationsordningen inte innehåller begrepp som exempelvis löpande förvaltning. I det avseende bedöms rekommendationen som åtgärdad och "strecksatsen" kommer därför att utgå. När det gäller den andra "strecksatsen" visar granskningen att styrelsen (nämnden) delegerat ett flertal beslutanderätter som inte är tydligt avgränsade och oprecisa. Det finns också exempel på beslutanderätter som kan vara ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet vilket inte får delegeras. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1409	Nämnden bör säkerställa att delegerade beslutanderätter preciseras så att det tydligt framgår att nämnden behåller ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten.			X	Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1410	Nämnden bör ta ställning till vilka ärenden och beslut, t.ex. beslut i upphandlingsärenden, upp till ett visst belopp, som kan betraktas som verkställighetsbeslut eftersom möjligheten till laglighetsprövning försvinner.			X	Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Stockholms läns sjukvårdsområde, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Effektivt miljöarbete					
2017 Årsrapp ID: 1291	Nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av användningen av förnyelsebara drivmedel för att säkerställa uppfyllelsen av målet i landstingets miljöprogram.		X		I verksamhetsplan för 2019 har nämnden formulerat en stärkt satsning i syfte att öka mängden förnybar energi vilket bland annat ska innebära att öka antalet elbilar till år 2021. Rekommendationen följs upp vid årsbokslutet 2019. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
Ekonomistyrning					
2017 Årsrapp ID: 1292	Nämnden behöver stärka ekonomistyrningen i syfte att nå ekonomisk bärkraftighet inom de enskilda verksamhetsområdena och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat.			X	Andel resultatenheter som visar postitiva resultat har ökat vid delåret 2018 jämfört med föregående år.Revisionen rekommenderade 2017 nämnden att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat. Årets granskning visar att rekommendationen kvarstår. Beroendet av hjälpmedelscentralens resultat bedöms fortfarande vara betydande. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
Habiliteringsinsatser					
2018 Delår 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.			X	Revisionen har inte gjort någon uppföljning. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Delår 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.			X	Revisionen har inte gjort någon uppföljning. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
Hjälpmedelsverksamhet					
2017 Årsrapp ID: 1293	Nämnden bör se till att det finns en tydlig ansvarsfördelning, roller och processer för den löpande ekonomiska uppföljningen av hjälpmedelsverksamheterna för att säkerställa en korrekt finansiell rapportering.		X		Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
Informationssäkerhet					
2018 (Projekt 8/2018) ID: 1365	Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.			X	Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 8/2018) ID: 1367	Styrelsen för SLSO bör säkerställa att roller och ansvar för informationssäkerhetsarbetet tydliggörs och kommuniceras på samtliga nivåer i verksamheten.			X	Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2019 (Projekt 8/2018) ID: 1366	Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.			X	Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Stockholms läns sjukvårdsområde, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Kris- och katastrofberedskap					
2018 Årsrapp ID: 1413	Nämnden bör i enlighet med krav ställda i regionens plan för krisberedskap upprätta en risk- och sårbarhetsanalys som utgångspunkt för verksamhetens strategiska kris- och katastrofberedskapsarbete.			X	Frånvaron av risk- och sårbarhetsanalys och kontinuitetsplanering påverkar i förlängningen förmågan att planera för och säkerställa funktionssäkerhet och robusthet i kritiska försörjningssystem för prioriterade verksamheter. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1414	Nämnden bör säkerställa att det på övergripande nivå samt för olika verksamheter arbetas fram kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer i enlighet med ISO 22301:2014.			X	SLSO saknar kontinuitetsplan som, enligt landstingets krisberedskapsplan, ska finnas för kritiska verksamheter och processer. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
Samverkan i beroendevården					
2016 Årsrapp ID: 921	Nämnden behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna i Stockholms stad gemensamt se över och stärka vårdkedjan, speciellt för de individer som erbjuds fortsatt behandling vid de lokala beroendemottagningarna. Länkningen i gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst kräver särskild uppmärksamhet. I detta arbete bör även individer som kommit akut till avgiftning och tidigare är okända för öppenvården beaktas.		X		Uppföljning med bedömning har gjorts av de svar och underlag som erhållits. Rekommendationen bedöms som delvis uppfylld. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
Samverkan i missbruks-/beroendevården					
2016 (Projekt 10/2016) ID: 954	Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad bör i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt utveckla en skriftlig rutin för informationsöverföring från beroendevårdens slutenvård till socialtjänsten och öppenvården, i syfte att förbättra vårdflödet.		X		Uppföljning med bedömning har gjorts av de svar och underlag som erhållits. Rekommendationen bedöms som delvis uppfylld. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2016 (Projekt 10/2016) ID: 956	Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad be-höver i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt se över när, i vårdprocessen för personer med missbruk/beroende, samordnad individuell vårdplanering (SIP) bör genomföras att öka tillämpningen i enlighet med gällande lagstiftning.		X		Uppföljning med bedömning har gjorts av de svar och underlag som erhållits. Rekommendationen bedöms som delvis uppfylld. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
Upphandling					
2018 Årsrapp ID: 1408	Nämnden bör säkerställa att åberopade synnerliga skäl för att tillämpa direktupphandling tydligt framkommer i dokumentationen i de fall en direktupphandling görs över beloppsgränsen.			X	Revisionen har i tidigare granskningar uppmärksammat ett generellt problem inom regionen med otillåtna direktupphandlingar. Lagstiftarens val av begreppet synnerliga skäl och inte särskilda skäl visar att avsikten är att utrymmet att göra en direktupphandling över gränser ska vara litet. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER FÖR 2018

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska mål.
2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.
3. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

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

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

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

Intern styrning och kontroll

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

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.
2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.
3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.
4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.
5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.
7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.

Bedömningskriterier

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

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

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

Räkenskaper

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

Bedömningsmål:

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

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

Bedömningskriterier:

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

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

Bilaga 3 Granskning av ansvar, uppgifter och befogenheter

Styrelsen (nämnden) fastställde 2018-02-13 *Instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören* (delegationsordningen)[1]. I den framgår att för följande ärenden måste beslutsrätten ligga kvar hos styrelsen (nämnden), dvs. detta är ärenden som inte kan delegeras till sjukvårdsdirektören:

- ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
- framställningar eller yttranden till fullmäktige
- yttranden med anledning av överklagade styrelsebeslut (nämndbeslut)
- ärenden som rör myndighetsutövning mot enskild, om det är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.

Styrelsen (nämnden) har delegerat till sjukvårdsdirektören att fatta beslut i 21 ärenden. Av dessa får två beslutanderätter inte vidaredelegeras[2]. Övriga 19 beslutanderätter har sjukvårdsdirektören vidaredelegerat genom fastställande av *Delegation och verkställighet – riktlinje för SLSO (riktlinje för vidaredelegation)*[3].

Nämnden beslutade 2019-01-031[4] om ny *Instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören*[5] som började gälla 2019-02-01. Samma ärenden som beskrivs ovan får inte delegeras enligt gällande delegationsordning. Nämnden har delegerat till sjukvårdsdirektören att fatta beslut i 23 ärenden. Samma två ärenden som beskrivs ovan får heller inte vidaredelegeras enligt gällande delegationsordning. Övriga 21 beslutanderätter har sjukvårdsdirektören vidaredelegerat i en ny version av *Delegation och verkställighet – riktlinje för SLSO (gällande riktlinje för vidaredelegation)*[6] som började gälla 2019-02-01.

1.1 Utgångspunkter för delegering och vidaredelegering

Förutsättningar för delegering av ärenden regleras i 6 kap. 37–40 §§ kommunallagen (KL)[7]. Av 37 § framgår att en nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller viss grupp av ärenden. Om nämnden vill delegera sin beslutanderätt ska den klart ange vilken beslutanderätt som delegeras och till vem beslutanderätten överlåts. Det kan vara lämpligt att detta framgår av delegeringsförteckning.[8] Enligt 38 § får beslutanderätten inte delegeras när det gäller:

---

[1] Dnr: SLSO 18-182
[2] Dessa två beslutanderätter är organisation av övergripande ledningsfunktioner respektive fastställande av delegationsordning för verksamheterna (riktlinje för vidaredelegation).
[3] Fastställdes 2018-02-08.
[4] Dnr: SLSO 18-181, styrelseprotokoll nr 9/2018.
[5] Dnr: SLSO 19-101
[6] Dnr: SLSO 18-183,
[7] SFS 2017:725
[8] Dalman, Lena m.fl. (2011). Kommunallagen med kommentarer och praxis, SKL Kommentus Media och Sveriges Kommuner och Landsting, femte upplagan, s.437

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Intentionen är att rätten att delegera inte får utnyttjas på ett sätt som kan rubba nämndens övergripande ansvar för verksamheten.[9]
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats.
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden.
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Ytterligare beskrivning av bestämmelser för delegering, vidaredelegering och andra bestämmelser utvecklas närmare under respektive iakttagelse.

I det följande återges i kursiv stil i ruta delegeringarna (ur delegationsordningarna) och i rutorna under vidaredelegeringarna (ur riktlinjer för vidaredelegation) som revisionen kommenterar. Övriga beslutanderätter i tidigare respektive gällande riktlinje för vidaredelegation har inte granskats.

1. Organisation av övergripande ledningsfunktioner
(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Revisionens kommentarer:

I både tidigare och i gällande delegationsordning saknas en tydlig definition av vad som ingår i begreppet övergripande ledningsfunktion, t.ex. omorganisering eller inrättande av en ny organisation.

2. Beslut, som inte är av principiell betydelse, med en årskostnad om högst 10 miljoner kronor
(beslutanderätten anges bara i gällande delegationsordning)

Delegeringen får vidaredelegeras och ska enligt uppgift gälla som ett villkor för övriga 22 delegerade beslutanderätter, vilket dock inte delegationsordningen anger.

Rättslig förutsättning

Av 5 kap. 1 § (KL) framgår att fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller landstinget. Exempel på ärenden som avses i bestämmelsen är mål och riktlinjer för verksamheten och nämndernas organisation samt verksamhetsformer.

[9] Dalman, Lena m.fl. (2011). Kommunallagen med kommentarer och praxis, SKL Kommentus Media och Sveriges Kommuner och Landsting, femte upplagan, s.447

Revisionens kommentarer:

Delegeringen är otydlig i flera avseenden. Nämnden definierar inte vad "beslut som inte är av principiell betydelse" är. Att delegeringen skulle fungera som en begränsning tillika villkor framgår inte på ett tydligt sätt i delegationsordningen. Som delegationsordningen är utformad, med delegeringarna uppställda i punktform, kan delegeringens otydliga omfattning innebära att vissa av övriga delegeringar utgår.

3. Fördelning av gåvomedel

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Som tabellen nedan visar kan sjukvårdsdirektören vidaredelegera beslutanderätten, beroende på belopp, till av ekonomidirektör utsedd handläggare eller ekonomidirektör.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation		**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Fördelning av gåvomedel		*Fördelning av gåvomedel*	
Upp till ett belopp om 25 tkr	Av ekonomidirektör särskilt utsedd handläggare. Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 25 000 kronor	Av ekonomidirektör särskilt utsedd handläggare. Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.
Över 25 tkr upp till ett belopp om 400 tkr	Ekonomidirektör Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 400 000 kronor	Ekonomidirektör Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

Delegering och vidaredelegering uppges avse beslut om fondutbetalningar till sökanden av medel från stiftelser som förvaltas av AB Internfinans.

Enligt uppgift kan handläggare som ekonomidirektören utser inte namnges då tidigare och gällande delegationsordning respektive riktlinje för vidaredelegation skulle behöva uppdateras oftare än de två gånger per år som förvaltningen anser vara lämpligt.

Rättslig förutsättning

Av 7 kap. 6 § (KL) framgår att om en nämnd delegerar beslutanderätter till en förvaltningschef inom nämndens verksamhetsområde, får nämnden överlåta åt förvaltningschefen att i sin tur uppdra åt en annan anställd att fatta beslutet. Så kallad vidaredelegering får endast göras i ett led. Flera anställda kan inte heller ges rätt att besluta i samma typ av ärenden vid sidan av varandra.

Revisionens kommentarer:

Tidigare och gällande delegering och vidaredelegering har inte innehållit någon hänvisning till riktlinjer (eller motsvarande anvisningar) för fördelning av gåvomedel. Tidigare delegering har inte innehållit begränsning för hur stort belopp sjukvårdsdirektören fått fördela ut. Som tidigare beskrivet i delegering nr 2 är det otydligt formulerat i gällande delegationsordning att övriga delegeringar begränsas till en årskostnad om högst 10 mnkr.

Tidigare och gällande vidaredelegering upp till 25 tkr tolkar revisionen som att beslutanderätten har vidaredelegerats i två led, först till ekonomidirektör och sedan till särskilt utsedd handläggare. Beslutanderätt kan endast vidaredelegeras i ett led. Delegaten "särskilt utsedd handläggare" har varit oprecis, eftersom delegaten kunnat variera för varje beslut. Det ska definieras till vilken delegat beslutanderätten har vidaredelegerats till.

4. Investering i byggnation (beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Sjukvårdsdirektören har som tabellen nedan visar kunnat vidaredelegera beslutanderätten, beroende på belopp per objekt till olika delegater.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation		**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Investering i byggnation, externt förhyrd lokal (investeringar som ingår i fastställd, årlig investeringsplan)		*Investering i byggnation, externt förhyrd lokal (investeringar som ingår i fastställd, årlig investeringsplan)*	
Upp till 1 mnkr per objekt	VO-chef, efter samråd med chef upphandling/lokaler. Beslutet anges vara verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 1 mnkr per objekt.	VO-chef, efter samråd med administrativ direktör Beslutet anges vara verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.
Över 1 mnkr upp till 10 mnkr per objekt.	Ekonomidirektör. Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Över 1 mnkr upp till 10 mnkr per objekt.	Administrativ direktör Beslutet anges vara verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.
Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.		Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.	

Enligt SLSO:s *Mål och budget 2018 och planår 2019–2021*[10] uppgick den totala investeringsramen till 212,6 mnkr, fördelat i följande investeringskategorier: medicinteknisk utrustning/inventarier 157,6 mnkr, IT-utrustning 40 mnkr och om-

[10] Fastställdes av styrelsen 2017-10-26 Dnr: SLSO 17-1655

byggnation av externt förhyrda lokaler 15 mnkr. Enligt en instruktion för investeringsprocessen[11] avser externt förhyrda lokaler de lokaler som hyrs av annan hyresvärd än Locum AB.

Rättslig förutsättning

Gränsen mellan nämndbeslut eller delegering respektive verkställighet har betydelse för frågan om beslutet kan överklagas genom laglighetsprövning. Med nämndbeslut avses beslut som fattas av nämnden eller av delegat med stöd av delegering från nämnden. Kännetecknande för nämndbeslut är att det föreligger alternativa lösningar och att beslutsfattaren måste göra vissa överväganden och bedömningar. I den kommunala förvaltningen vidtas ett antal åtgärder som inte kan anses som nämnd-/ eller delegationsbeslut i kommunallagens mening. Dessa åtgärder benämns verkställighetsbeslut, som kännetecknas av att det inte får finnas utrymme för självständiga bedömningar. Verkställighetsbeslut kan inte delegeras och begreppen verkställighetsbeslut och delegering ska inte sammanblandas.[12]

I kommunallagens 13 kap. regleras laglighetsprövning. Enligt 1 § får varje medlem av ett landsting (region) få lagligheten av landstingets/regionens beslut prövad genom att överklaga beslutet till förvaltningsrätten. Av 2 § får bl.a. beslutet av en nämnd eller delegat, om beslutet inte är verkställighetsbeslut, överklagas. I kapitlets övriga bestämmelser (3-15 §§) regleras t.ex. krav på överklagandets innehåll och domstolens handläggning.

Enligt lagen om offentlig upphandlings (LOU) 20 kap. 4 § får en leverantör som anser sig ha lidit eller kunna komma att ha lidit skada få allmän förvaltningsdomstol att överpröva en upphandling och giltigheten av ett avtal som slutits mellan en upphandlade myndighet och en leverantör.

Revisionens kommentarer:

Det har inte framgått om tidigare och gällande delegering och vidaredelegering avsett beslut om att genomföra en investering (startbeslut), eller om båda beslutanderätter även omfattat beslut att inleda upphandling, fastställa förfrågningsunderlag och fatta tilldelningsbeslut. Om både tidigare och gällande vidaredelegering omfattat beslut om tilldelning så har beslutanderätten inte kunnat vara ett verkställighetsbeslut. Detta motiveras av att eventuella övriga anbudsgivare har haft rätt att begära överprövning enligt LOU, vilket förutsatt att beslutet fattats av styrelsen (nämnden) eller på delegation där beslutet anmälts till styrelsen (nämnden).

Styrelsen (nämnden) har i tidigare delegering inte begränsat sjukvårdsdirektörens beslutanderätt med belopp eller hänvisning till fastslagen investeringsbudget. Däremot har sjukvårdsdirektören begränsat sin egen beslutanderätt i tidigare riktlinje för vidaredelegation genom att fastslå att investering över 10 mnkr ska ha

[11] Investeringsbudget för 2018 - instruktion för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), gäller fr.o.m. 2017-08-18, regnr: INS-13435-v.3.0
[12] Dalman, Lena m.fl. (2011). Kommunallagen med kommentarer och praxis, SKL Kommentus Media och Sveriges Kommuner och Landsting, femte upplagan, s.437-441.

beslutats av styrelsen (nämnden). Som tidigare beskrivet i delegering nr 2 är det otydligt formulerat i gällande delegationsordning att övriga delegeringar begränsas till en årskostnad om högst 10 mnkr.

I både tidigare och gällande delegering har ägarskapet av byggnaden som investeringen ska göras i inte definierats. Detta har dock definierats i båda riktlinjer för vidaredelegation. Vare sig tidigare eller gällande delegationsordning och riktlinjer för vidaredelegation har varit formulerade på samma sätt.

5. Investering i utrustning med ekonomisk livslängd över tre år

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Sjukvårdsdirektören har som tabellen nedan visar kunnat vidaredelegera beslutanderätten, beroende på belopp till olika delegater.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation		**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Investering i utrustning med ekonomisk livslängd över tre år (investeringar som ingår i fastställd årlig investeringsplan)		*Investering i utrustning med ekonomisk livslängd över tre år (investeringar som ingår i fastställd årlig investeringsplan)*	
Upp till 22 tkr per objekt, upp till 1 mnkr per objekt.[13]	Verksamhetschef, Chef verksamhetsstöd Beslutet anges vara verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 1 mnkr totalt	Verksamhetschef, Chef verksamhetsstöd Beslutet anges vara verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.
Upp till 1 mnkr per objekt, upp till 10 mnkr.[14]	Ekonomidirektör Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 10 mnkr: a) Inom VO b) IT-utrustning c) SLSO totalt	a) VO-chef b) IT-direktör c) Ekonomidirektör Beslutet anges vara verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.
Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.		Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.	

I gällande riktlinje för vidaredelegering är vidaredelegeringen inte begränsad per objekt utan gäller den totala investeringen (<1 mnkr och 1-10 mnkr). Båda tidigare och vidaredelegering mellan 1-10 mnkr har varit indelad i områden med respektive delegat.

Både tidigare och gällande riktlinje för vidaredelegation har angett att den delegerade beslutanderätten, såväl delegation som verkställighet, gällt inom beslutsfattares normala ansvarsområde.

---

[13] Det totala beloppet för investeringar i flera objekt får uppgå till högst 1 mnkr.
[14] Det totala beloppet för investeringar i flera objekt får uppgå till högst 10 mnkr.

Som beskrivs ovan uppgick investeringsbudget 2018 för medicinteknisk utrustning/inventarier till 157,6 mnkr. I instruktion för investeringsprocess anges att investeringsbehoven ska delas upp i kategorier bl.a. medicinskteknisk utrustning och övriga inventarier.

Revisionens kommentarer:

Det har inte framgått om tidigare och gällande delegering och vidaredelegering avsett beslut om att genomföra en investering (startbeslut), eller om båda beslutanderätter även omfattat beslut att inleda upphandling, fastställa förfrågningsunderlag och fatta tilldelningsbeslut. Om både tidigare och gällande vidaredelegering omfattat beslut om tilldelning så har beslutanderätten inte kunnat vara ett verkställighetsbeslut. Detta motiveras av att eventuella övriga anbudsgivare har rätt att begära överprövning enligt LOU, vilket förutsatt att beslutet fattats av styrelsen (nämnden) eller på delegation där beslutet anmälts till styrelsen (nämnden).

Varken delegeringar eller vidaredelegeringar (både tidigare och gällande dokument) har definierat om investering i utrustning avsett kategorin medicinteknisk utrustning respektive inventarier eller båda kategorierna.

Styrelsen (nämnden) har i tidigare delegering inte begränsat sjukvårdsdirektörens beslutanderätt med belopp eller hänvisning till fastslagen investeringsbudget. Däremot har sjukvårdsdirektören begränsat sin egen beslutanderätt i tidigare riktlinje för vidaredelegation genom att fastslå att investering över 10 mnkr ska ha beslutats av styrelsen (nämnden). Som tidigare beskrivet i delegering nr 2 är det otydligt formulerat i gällande delegationsordning att övriga delegeringar begränsas till en årskostnad om högst 10 mnkr.

Vidare har vare sig tidigare och gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation varit formulerade på samma sätt.

6. Upphandling och tilldelningsbeslut av vara, förbrukningsartikel eller tjänst

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Sjukvårdsdirektören har som tabellen nedan visar kunnat vidaredelegera till olika delegater.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation		**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Start av upphandling, tilldelningsbeslut samt undertecknande av tillhörande avtal av vara, förbrukningsartikel eller tjänst. Gäller även ramavtal.		*Start av upphandling, tilldelningsbeslut samt undertecknande av tillhörande avtal av vara, förbrukningsartikel eller tjänst. Gäller även ramavtal.*	
Upp till 10 mnkr	Chef upphandling/lokaler Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 10 mnkr	Administrativ direktör Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.
Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.		Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.	

Revisionens kommentarer:

Begreppet upphandling innefattar flera beslut, som till exempel beslut att genomföra upphandling och beslut att fastställa förfrågningsunderlag. Huruvida dessa beslutas har innefattats i delegeringen definieras inte. I både tidigare och gällande vidaredelegering har start av upphandling angetts, om det har omfattat beslut om förfrågningsunderlag definieras inte. Beslut om förfrågningsunderlag kan avse verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet som inte får delegeras enligt p.1 i delegeringsreglerna.

Styrelsen (nämnden) har i tidigare delegering inte begränsat sjukvårdsdirektörens beslutanderätt med belopp. Däremot har sjukvårdsdirektören begränsat sin egen beslutanderätt i tidigare riktlinje för vidaredelegation genom att beslut över 10 mnkr ska ha beslutats av styrelsen (nämnden). Som tidigare beskrivet i delegering nr 2 är det otydligt formulerat i gällande delegationsordning att övriga delegeringar begränsas till en årskostnad om högst 10 mnkr.

Vare sig tidigare eller gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation har varit formulerade på samma sätt.

7. Förnyad konkurrensutsättning av varor eller tjänster från ramavtal
(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Som tabellen nedan visar har sjukvårdsdirektören kunnat vidaredelegera till ett antal delegater beroende på belopp.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation		**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Förnyad konkurrensutsättning, beställning och/eller avrop av varor eller tjänster inom ramen för upphandlade avtal		*Förnyad konkurrensutsättning, beställning och/eller avrop av varor eller tjänster inom ramen för upphandlade avtal*	
Upp till 100 tkr	Enhetschef Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.	Upp till 100 tkr	Enhetschef Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.
Upp till 200 tkr	Sektionschef psykiatri, Sektionschef habilitering/hjälpmedel, Verksamhetschef primärvården Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.	Upp till 200 tkr	Sektionschef psykiatri, Sektionschef habilitering/hjälpmedel Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.

Upp till 1 mnkr	Verksamhetschef psykiatri, Verksamhetschef geriatrik/ASiH/, somatisk specialistvård, Verksamhetschef habilitering/hjälpmedel, Biträdande VO-chef primärvård, Chef verksamhetsstöd Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.	Upp till 1 mnkr	Verksamhetschef Chef verksamhetsstöd VO-chef Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.
Upp till 10 mnkr a)IT/ehälsa b)Övrigt	A) Chef IT/eHälsa B) Ekonomidirektör Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.	Upp till 10 mnkr a)IT/ehälsa b)Övrigt	A) Chef IT/eHälsa B) Ekonomidirektör Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får delegeras vidare om beloppsgränsen underskrider 20 tkr.
Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.		Vid belopp överstigande 10 mnkr beslutar styrelsen.	

I gällande riktlinje för vidaredelegation är antalet delegater per vidaredelegering färre. I övrigt har riktlinjerna för vidaredelegation varit formulerade på samma sätt.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	**Gällande riktlinje för vidaredelegation**
Uppsägning av befintliga ramavtal	*Uppsägning av befintliga ramavtal*
Chef upphandling/lokaler Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som anmäls inte till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte vidaredelegeras.	Administrativ direktör Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som anmäls inte till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte vidaredelegeras.

Revisionens kommentarer:

Styrelsen (nämnden) har i tidigare delegering inte begränsat sjukvårdsdirektörens beslutanderätt med belopp. Däremot har sjukvårdsdirektören begränsat sin egen beslutanderätt i tidigare riktlinje för vidaredelegation genom att fastslå att beslut om förnyad konkurrensutsättning av varor eller tjänster från ramavtal över 10 mnkr ska ha beslutats av styrelsen (nämnden). Som tidigare beskrivet i delegering nr 2 är det otydligt formulerat i gällande delegationsordning att övriga delegeringar begränsas till en årskostnad om högst 10 mnkr.

Av tidigare och gällande delegering har inte framgått om de avsett beslut om att starta en förnyad konkurrensutsättning och/eller fastställa förfrågningsunderlag samt besluta om tilldelning.

När det gäller tidigare och gällande vidaredelegering så har de innehållit egentligen två olika beslutanderätter: beslut om konkurrensutsättning respektive beställning/avrop. Beställning och avrop tolkas synonymt. Det har inte definierats om förnyad konkurrensutsättning inneburit beslut om att göra en förnyad konkurrensutsättning, beslut att fastställa förfrågningsunderlag och/eller beslut om tilldelning. Att fastställa förfrågningsunderlag och besluta om tilldelning förutsätter självständiga bedömningar som kännetecknar nämndbeslut eller delegationsbeslut. Enligt LOU har övriga anbudsgivare rätt att begära överprövning, vilket förutsatt att beslutet om tilldelning fattats av styrelsen (nämnden) eller på delegation där beslutet anmälts. Vidare har styrelsen (nämnden) behövt ta ställning till vilka upphandlingsärenden som kunnat betraktas som verkställighetsbeslut, eftersom möjligheten till laglighetsprövning försvunnit.

I både tidigare och gällande riktlinje för vidaredelegation har förnyad konkurrensutsättning etc angetts vara verkställighetsbeslut som kunnat delegeras vidare. I kommunallagen finns ingen förutsättning för att delegera verkställighetsbeslut och begreppen delegering och verkställighetsbeslut ska inte sammanblandas.

När det gäller beställning/avrop från ramavtal har handläggarens självständiga bedömning varit begränsad till dels vilken vara eller tjänst som kunnat beställas/avropas från gällande ramavtal, dels belopp. Möjligheten för övriga anbudsgivare att överklaga har gällt vid tilldelningen av ramavtal. Denna typ av beslut har kunnat vara verkställighetsbeslut upp till 10 mnkr. Det är av vikt för att säkerställa en kontroll att det har specificerats närmare inom vilket ansvarsområde som respektive tjänsteman har rätt att fatta så kallat verkställighetsbeslut.

Uppsägning av befintliga ramavtal har angetts, i både tidigare och gällande riktlinje för vidaredelegation, vara ett att verkställighetsbeslut. Uppsägning av befintliga ramavtal har förutsatt att tjänstemannen gjort självständiga överväganden och bedömningar inför beslutet. Likaså kan avtalsparten ha haft skäl att lagighetspröva beslutet om uppsägning av ramavtalet. Det har betytt att vidaredelegeringen behövt ändras från verkställighetsbeslut till nämndbeslut eller delegationsbeslut; som anmälts styrelsen (nämnden).

Vidare har vare sig tidigare eller gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation varit formulerade på samma sätt.

8. Vårdavtal och auktorisation enligt vårdvalet med landstingets beställare

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Delegeringen har som tabellen nedan visar kunnat vidaredelegeras till olika delegater.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	**Gällande riktlinje för vidaredelegation**
Vårdavtal med landstingets beställare	*Vårdavtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden (beställare av vård)*

VO-chef, efter samråd med verksamhetschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Verksamhetschef efter samråd med VO-chef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.
Ansökan om auktorisation och avauktorisation inom vårdval	*Ansökan om auktorisation och avauktorisation inom vårdval*[15]
VO-chef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	VO-chef efter samråd med biträdande sjukvårdsdirektör. Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

Revisionens kommentarer:

Både tidigare och gällande delegering har varit allmänt formulerade. Vidaredelegeringen har i båda riktlinjer för vidaredelegation definierats närmare t.ex. ansökan om auktorisation och av auktorisation. I vare sig tidigare eller gällande delegering samt vidaredelegeringar har inte villkor för vårdavtal angetts, som t.ex. avtalslängd eller begränsning sett till volym, ersättning etc. Det har därför funnits en risk att tidigare och gällande delegering och vidaredelegering kunnat strida emot p.1 i kommunallagens delegeringsregler, dvs. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet som inte får delegeras. Vidare har vare sig tidigare och gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation varit formulerade på samma sätt.

9. Besöksinskränkning/tillträdesförbud/vistelseförbud i allmänhet (beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Delegeringen har som tabellen nedan visar kunnat vidaredelegeras till olika delegater.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	**Gällande riktlinje för vidaredelegation**
Besöksinskränkning/tillträdesförbud/vistelseförbud i allmänhet	*Besöksinskränkning/tillträdesförbud/vistelseförbud i allmänhet*
Verksamhetschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Verksamhetschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

Revisionens kommentarer:

Beslutanderätten har varit oprecis eftersom det inte framgått om tidigare och gällande delegering och vidaredelegering avsett t.ex. inskränkning till samtliga eller vissa av SLSO:s lokaler och/eller publika sammanhang som SLSO anordnar.

[15] Auktorisation inom nya vårdval beslutas alltid av styrelsen.

Tidigare delegationsordning	Gällande delegationsordning
9.Ingående av personuppgiftsbiträdesavtal (personuppgiftslagen, 1998:204)	*9.Ingående av personuppgiftsbiträdesavtal (Dataskyddsförordningen artikel 28, Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016.*

I gällande riktlinje för vidaredelegation har vidaredelegering fördelats, beroende på vem som agerat personuppgiftsbiträde.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	Gällande riktlinje för vidaredelegation
Ingående av personuppgiftsbiträdesavtal (personuppgiftslagen, 1998:204)	*Ingående av Personuppgiftsbiträdesavtal, när SLSO agerar som personuppgiftsbiträde enligt personuppgiftslagen (1998:204)*
Verksamhetschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	VO-chef Chef verksamhetsstöd Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.
	Ingående av Personuppgiftsbiträdesavtal, när annan avtalspart agerar som personuppgiftsbiträde enligt personuppgiftslagen (1998:204)
	Chef verksamhetsstöd Verksamhetschef Sektionschef Enhetschef Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut som inte anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.

Rättslig förutsättning

Dataskyddsförordningen trädde i kraft 25 maj 2018 och ersätter personuppgiftslagen (1998:204). Förordningens artikel 28 anger att i det fall ett personuppgiftsbiträde behandlar personuppgifter ska hanteringen regleras genom exempelvis ett avtal. Behandlingen får endast göras i enlighet med den dokumenterade instruktionen som personuppgiftsansvarige utfärdar.

Revisionens kommentarer:

Både tidigare och gällande delegering och vidaredelegering har avsett ingående av personuppgiftsbiträdesavtal. Revisionen gör tolkningen att styrelsen (nämnden) har beslutat om upphävande av personuppgiftsbiträdesavtal. Vare sig tidigare eller gällande delegering och vidaredelegering har angett vem/vilken som fastställt instruktionen till personuppgiftsbiträdet.

Tidigare delegationsordning och båda riktlinjer för vidaredelegation (tidigare och gällande) har hänvisat till personuppgiftslagen som slutat gälla i samband med att dataskyddsförordningen trädde i kraft 25 maj 2018. Den gällande delegationsordning har hänvisat till dataskyddsförordningen.

10. Extern förhyrning av lokal för en hyrestid om som längst tio år och/eller en total kostnad av högst 10 miljoner kronor

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Som tabellen nedan visar har beslutanderätten kunnat vidaredelegerats. I gällande riktlinje för vidaredelegation har vidaredelegeringen fördelats beroende på belopp för kontraktstiden. En ytterligare skillnad är att vidaredelegeringar i gällande riktlinje för vidaredelegation har angetts vara verkställighetsbeslut, jämfört med delegationsbeslut i tidigare riktlinje.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Inhyrning av lokal samt uppsägning för avflyttning *Om högst 10 miljoner kronor för hela kontraktstiden. Får avse kontraktstid om högst tio år*	*Inhyrning av lokal samt uppsägning för avflyttning*	
VO-chef, efter beredning av VS upphandling/lokaler Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Upp till 200 tkr för hela kontraktstiden	Verksamhetschef Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut inte som anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.
	Upp till 10 mnkr för hela kontraktstiden. Får avse kontraktstid om högst tio år.	VO-chef, efter beredning av VS upphandling/lokaler. Beslutet anges vara ett verkställighetsbeslut inte som anmäls till styrelsen. Verkställighetsbeslutet får inte delegeras vidare.

Revisionens kommentarer:

Tidigare och gällande delegering samt vidaredelegeringar har inte överensstämt med varandra i två avseenden. Som tidigare beskrivet avser extern förhyrning av lokal att SLSO hyr lokaler av annan hyresvärd än Locum AB. Inhyrning av lokaler har tolkats som lokaler som SLSO hyr av antingen ett externt fastighetsbolag eller av Landstingsfastigheter Stockholm. Skillnaden i begreppen har därför motparten, som sjukvårdsdirektören respektive verksamhetschefen haft beslutanderätt att hyra lokal av. Tidigare och gällande vidaredelegering har även angett att delegaterna haft rätt att besluta om uppsägning för avflyttning. Motsvarande beslutanderätt har styrelsen (nämnden) inte delegerat till sjukvårdsdirektören. Sammantaget har vare sig tidigare och gällande delegationsordning och riktlinjer för vidaredelegation varit formulerade på samma sätt.

11. Avvisande av för sent inkommet överklagande enligt 24 § förvaltningslagen (1986:223)

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Som tabellen nedan visar har beslutanderätten kunnat vidaredelegeras.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	Gällande riktlinje för vidaredelegation
Avvisande av för sent inkommet överklagande enligt 24 § förvaltningslagen (1986:223)	*Avvisande av för sent inkommet överklagande enligt 24 § förvaltningslagen (1986:223)*
Kanslichef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Kanslichef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

Rättslig förutsättning

Den första juli 2018 började en ny förvaltningslag (2017:900) att gälla. Enligt 9 § ska ett ärende handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerhet eftersätts, så kallad skyndsam handläggning. Av 14 § framgår att den som är part i ett ärende får anlita någon som ombud eller biträde som är lämplig för uppdraget. Den som anlitar ombud ska dock medverka personligen om myndigheten begär det. Om ett ombud eller biträde bedöms vara olämplig för sitt uppdrag får myndigheten besluta att han eller hon inte längre får medverka i ärendet. Enligt 45 § prövar beslutsmyndigheten om överklagandet har kommit in i rätt tid. Om det har kommit in för sent ska myndigheten besluta att överklagandet inte får tas upp till prövning (avvisning).

Revisionens kommentarer:

Både tidigare och gällande delegationsordning samt riktlinje för vidaredelegation har hänvisat till inaktuell förvaltningslag och paragraf. I dagsläget har styrelsen (nämnden) beslutat om ett ombud eller biträde inte fått medverka i ärendet. I och med att beslutanderätten inte delegerats har en risk funnits att styrelsen (nämnden) inte hunnit sammanträda, fatta beslut och upprätta protokoll samt anslå protokollet i enlighet med kraven om så kallad skyndsam handläggning.

12. Prövning av utlämnande av allmän handling enligt 6 kap. 2 § och 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt enligt 2 kap. 14 § tryckfrihetsförordningen (1949:105)

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Som tabellen nedan visar har beslutanderätten kunnat vidaredelegeras.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	Gällande riktlinje för vidaredelegation
Prövning av utlämnande av allmän handling enligt 6 kap 2 § och 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt 2 kap 14 § tryckfrihetsförordningen (1949:105)	*Myndighetsprövning av utlämnande av allmän handling enligt 6 kap 2 § och 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt enligt 2 kap 14 § tryckfrihetsförordningen (1949:105), se riktlinje Utlämnande av journal eller annan allmän handling (RIK-01673)*
Kanslichef	Kanslichef

Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

I offentlighets- och sekretesslagens 6 kap regleras utlämnande av handlingar. Enligt kapitlets 6 § ska en myndighet på begäran ge en enskild tillfälle att själv använda tekniska hjälpmedel för automatiserad behandling som myndigheten förfogar över för att ta del av upptagningar för automatiserad behandling. Myndigheten ska på begäran lämna de särskilda upplysningar som den enskilde behöver för att kunna ta del av upptagningar för automatiserad behandling som är allmänna handlingar hos myndigheten. Detta gäller dock inte om det skulle hindra arbetets behöriga gång.

Revisionens kommentarer:

Under 2018 och i dagsläget har styrelsen (nämnden) beslutat om att i enlighet med 6 kap. 6 § (OSL) avslå en enskilds begäran att själv använda tekniska hjälpmedel för automatiserad behandling. I och med att beslutanderätten inte har delegerats har en risk funnits att styrelsen (nämnden) inte hunnit sammanträda, fatta beslut och upprätta protokoll samt anslå protokollet i enlighet med kraven om så kallad skyndsam handläggning.

Vare sig tidigare eller gällande delegationsordning och riktlinjer för vidaredelegation har varit formulerade på samma sätt.

13. Godkännande av forskningsprojekt inom vårdverksamhet

(beslutanderätten formuleras på samma sätt i gällande delegationsordning)

Som tabellen nedan visar har beslutanderätten kunnat vidaredelegerats. I gällande riktlinje för vidaredelegation har vidaredelegeringen fördelats beroende på antalet verksamheter som ska bedriva forskningsprojekt.

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	**Gällande riktlinje för vidaredelegation**	
Godkännande av forskningsprojekt inom vårdverksamhet	*Godkännande (igångsättande och/eller medverkan) av/i forskningsprojekt inom vårdverksamhet*	
VO-chef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Avseende en verksamhet	Verksamhetschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.
	Avseende flera verksamheter men inom ett verksamhetsområde	Verksamhetsområdeschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.
	Avseende flera verksamhetsområden	Biträdande sjukvårdsdirektör Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

Revisionens kommentarer:

Delegering och vidaredelegeringen har varit oprecis eftersom omfattning som exempelvis finansiering och tidslängd för forskningsprojektet inte angetts.

Gällande delegationsordning och riktlinje för vidaredelegation har inte varit formulerade på samma sätt.

14. Försäljning av vårdtjänster inom Region Stockholm och till kommun (beslutanderätten ingår inte i gällande delegationsordning

Tidigare riktlinje för vidaredelegation	**Gällande riktlinje för vidaredelegation**
Försäljning av vårdtjänster inom Region Stockholm och till kommun	*Försäljning av vårdtjänster inom Region Stockholm och till kommun*
Verksamhetsområdeschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.	Verksamhetsområdeschef Beslutet anges vara ett delegationsbeslut som anmäls till styrelsen. Delegationsbeslutet får inte delegeras vidare.

Revisionens kommentarer:

Tidigare och gällande vidaredelegering har inte haft stöd i varken tidigare eller gällande delegationsordning. Vidaredelegeringen har inte innehållit någon beloppsgräns eller hänvisning till riktlinjer eller anvisningar för försäljning av vårdtjänster.

Yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport 2018 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet
Revisorerna i revisorsgrupp II har vid sammanträde 2018-11-06 beslutat att överlämna delårsrapport 2018 till styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2019-02-28. I landstingsrevisorernas delårsrapport 2018 ges en lägesrapport utifrån de granskningar som landstingsrevisorerna hittills genomfört under året samt en översiktlig granskning av styrelsens delårsrapport. I rapporten 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 styrelsens synpunkter när det gäller de åtgärder som vidtas för att stärka den interna kontrollen vid hjälpmedelsverksamheten, dels för att generellt säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska SLSO:s beroende av resultatet av verksamheten, vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa produktionen inom enskilda verksamhetsområden samt styrelsens synpunkter avseende arbetet med översynen av styrdokument med utgångspunkt från att styrelsen i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen.

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

Revisorerna har i särskild ordning granskat styrande dokument för landstingets nämnder, utskott och beredningar med avseende på om dessa är tillräckligt tydliga när det gäller ansvar, uppgifter och befogenheter. För SLSO:s del har granskningen avsett reglemente, generella och specifika ägardirektiv, styrelsens arbetsordning, instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören, riktlinje för delegation och verkställighet samt riktlinje för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

I samband med den nya mandatperioden har landstingsfullmäktige fattat beslut om ett nytt reglemente för styrelse och nämnder. I reglementet har det förtydligats att styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen. Med anledning av det nya reglementet utgick tidigare ägardirektiv samt behovet av en särskild arbetsordning för styrelsen. Ett arbete pågår med att uppdatera instruktion och delegation till sjukvårdsdirektören samt vidaredelegation inom förvaltningen i enlighet med revisorernas tidigare påpekanden.

Vidare framför revisorerna vikten av att minska det ekonomiska beroendet av hjälpmedelsverksamheterna samt stärka den ekonomiska uppföljningen av hjälpmedelsverksamheterna samt den interna kontrollen av hjälpmedelslagret.

SLSO har under 2018 påbörjat ett omfattande arbete med att stärka den interna kontrollen av hjälpmedelslagret. Arbetet kommer att fortgå under 2019. Det har

tagits fram en åtgärdsplan där en förstärkning av bokslutsprocessen, en översyn av inventarier, inköp samt en samlokalisering av upphandlingsfunktionen ingår.

Hjälpmedelsverksamheten har tagit fram skriftliga rutiner och en instruktion för bokslutsprocessen. Två lokala ekonomer är rekryterade.

En fördjupad risk- och konsekvensanalys gällande attest vid inköp utan avtal inom hjälpmedelsverksamheten har genomförts. SLSO har arbetat aktivt med att stärka hanteringen av delegationsbeslut angående inköp för hela förvaltningen samt förstärka kontrollen av delegationsbeslut som rapporteras till styrelsen. Detta är en del i arbetet med att stärka styrelsens arbete och ansvar och kontroll. Arbetet med att stärka den interna kontrollen kommer att fortgå under 2019.

SLSO arbetar kontinuerligt med att minska beroendet av hjälpmedelsverksamhetens resultat och kommer att fortsätta detta arbete under 2019. SLSO arbetar vidare med att stärka de resultatenheter som visar ett negativt ekonomiskt resultat. Inom somatisk specialistvård, där geriatriken och ASIH ingår, arbetar man aktivt för att stärka de enheter som visar ett negativt resultat.

Revisorerna önskar även synpunkter avseende de åtgärder som vidtas för att säkerställa produktionen inom enskilda verksamhetsområden. Vårdproduktionen beräknas inte i nivå med budget vilket revisionen påpekar och önskar få en redogörelse för vilka åtgärder som vidtas.

Anledningen till att produktionen inte prognostiseras uppnå målen för 2018 har olika orsaker såsom exempelvis, svårighet att bemanna, vikande patientunderlag, flytt av verksamhet och evakueringar. Generella åtgärder som vidtas är arbete med nya sätt att möta patienten genom bland annat digitala vårdmöten och nya arbetssätt som går över de traditionella vårdgrenarna. Från 2019 finns incitament i vårdavtal/förfrågningsunderlag för denna förändring.

För de verksamheter där orsaken till den minskade produktionen är ett vikande remissinflöde vidtas andra åtgärder, vilket innebär att ex ASiH kommer att avveckla team under inledningen 2019. Vissa mindre verksamheter inom primärvården kommer att samlokaliseras för att minsk sårbarheten och upprätthålla produktionen.

Att öka produktionen och anpassa kostnaderna till givna ekonomiska ramar kommer även fortsättningsvis vara en stor utmaning.

I rapporten redovisas ett antal rekommendationer som enligt landstingsrevisorerna behöver åtgärdas. Förvaltningen delar i all väsentlighet revisorernas uppfattning och kommer att upprättat en aktivitetslista med ansvariga för att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas.

Förslag till beslut

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna förvaltningens yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport, samt

att överlämna yttrandet till revisorerna i revisorsgrupp II.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets 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. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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/rev
Org.nr: 232100-0016