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

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2018-11-06 RK 2018-0035

Stockholms läns sjukvårdsområde

Delrapport 2018
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2018-06-11 att uppdra till kontoret att överlämna delrapporten till styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2019-02-28.

Styrelsens synpunkter önskas dels när det gäller de åtgärder som vidtas för att stärka den interna kontrollen vid hjälpmedelsverksamheten, dels för att generellt säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av resultatet i denna verksamhet. Styrelsens synpunkter önskas också avseende åtgärder som vidtas för att säkerställa produktionen inom enskilda verksamhetsområden.

Slutligen önskar revisorerna ta del av styrelsens synpunkter avseende arbetet med översyn av styrdokument med utgångspunkt från att styrelsen i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

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

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

DELRAPPORT 2018

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Sammanfattning

I denna rapport ges en lägesrapport utifrån de granskningar som genomförts hittills under året inkl. en översiktlig granskning av styrelsens delårsrapport. Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömning utifrån årets granskning i mars/april 2019.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Styrelsen prognosticerar årets resultat till 105 mnkr, vilket är i överensstämmelse med fullmäktiges resultatkrav. Antal resultatenheter som uppnår positiva resultat prognosticeras att öka jämfört med föregående år men det betydande beroendet av hjälpmedelscentralernas resultat är fortsatt bekymmersamt.

I likhet med föregående år prognosticeras produktionen per helår bli lägre än budgeterat inom nästan samtliga vårdområden vilket bland annat förklaras av brist på bemanning med anledning av vakanser och sjukskrivningar. Styrelsen bedömer att fullmäktiges mål för verksamheten avseende produktion delvis kommer att uppnås.

Styrelsen lämnar endast prognoser för vissa av fullmäktiges mål för verksamheten, i enlighet med anvisningar från landstingsstyrelsens förvaltning. Styrelsen kommenterar dock det arbete som pågår för att nå måluppfyllelse och bedömer att flertalet av styrelsens mål för till exempel tillgänglighet förväntas nås per helåret. Styrelsen bedömer också att landstingsfullmäktiges uppdrag i huvudsak kommer att genomföras under året.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att ytterligare åtgärder krävs för att stärka ekonomi- och verksamhetsstyrning. Detta för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat. Även produktionen inom enskilda verksamhetsområdena behöver säkerställas. Den interna kontrollen behöver även specifikt stärkas ytterligare vid hjälpmedelsverksamheten. Styrelsens arbetsordning behöver därutöver revideras så att den följer kommunallagen.

Revisionen har i en särskild projektrapport bedömt att styrelsen behöver stärka kompetensförsörjningen i habiliteringsverksamheten, säkra vårdkedjan mellan barn- och vuxenhabiliteringen samt öka andelen samordnade individuella vårdplaner.

I övriga hittills genomförda granskningar som hållbara patientmåltider, intäktsprocessen samt kassa- och kontanthantering har ett antal avvikelser noterats. Dessa bedöms dock inte vara av sådan karaktär att de påverkar den samlade bedömningen av styrelsens interna styrning och kontroll.

Räkenskaper

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed.

Innehåll

1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat - prognos per 2018-08-31 1
1.1 Ekonomi 1
1.1 Verksamhet 3
1.2 Sammanfattande bedömning 6
2 Intern styrning och kontroll 6
2.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning 6
2.2 Riskanalys och intern kontrollplan 2018 7
2.3 Ansvar och befogenheter 8
2.4 Hjälpmedelsverksamheten 10
2.5 Förbrukningshjälpmedel 10
2.6 Habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning 11
2.7 Hållbara patientmåltider 12
2.8 Förutsättning för klinisk forskning 14
2.9 Intäktsprocessen och utbetalningar 14
2.10 Löneprocessen 15
2.11 Kassa- och kontanthantering 15
2.12 Externfinansierade projekt 16
2.13 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 16
2.14 Sammanfattande bedömning 16
3 Räkenskaper 17
3.1 Delårsrapport 2017-08-31 17
3.2 Hjälpmedelslager 18
3.3 Materiella anläggningstillgångar 18
3.4 Sammanfattande bedömning 18
4 Yttrande över Årsrapport 2017 18

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till styrelsen

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Arbetsordning för styrelsen för SLSO

Bilaga 4 Yttrande över årsrapport 2017

1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat - prognos per 2018-08-31

1.1 Ekonomi

Styrelsen prognostiserar årets resultat till 105 mnkr, vilket är i överensstämmelse med fullmäktiges resultatkrav. Osäkerhetsfaktorer som kan påverka utfallet ligger främst i uppdrag som tillkommer med anledningen av framtidsplanen för hälso- och sjukvård (FHS), där det är svårt att förutse kostnadstäckningsgraden för uppdragen samt eventuella fördyrningar i samband med flyttar.

Intäkterna prognostiseras till 11 306 mnkr, vilket är 47 mnkr (ca 0,4 procent) lägre än budgeterat. Erhållna bidrag är 85 mnkr lägre än budget, varav ej utnyttjade medel för omställningen till FHS utgör den största delen (58 mnkr). Motsvarande avvikelse finns på kostnadssidan. Intäkterna för sålda primärtjänster är ca 51 mnkr lägre än budgeterat, vilket hänförs till en förväntat lägre produktion inom vårdvalsområdena ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet), husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering samt vid de geriatriska verksamheterna. Försäljning av övriga tjänster och material överstiger budget med ca 41 mnkr, vilket beror på att försäljningen av förbrukningshjälpmedel som är ett nytt uppdrag 2018 varit större än förväntad. Avvikelsen i övrigt utgörs av 12 mnkr lägre intäkter från patientavgifter och 60 mnkr högre övriga intäkter. Den relativt höga avvikelsen i övriga intäkter förklaras inte fullt ut. Till viss del uppges den bero på för lågt budgeterade medel för externa projekt och till viss del på tillkommande ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) för medicinsk service med uppskattningsvis 10 mnkr. Utfallet i posten övriga intäkter avvek positivt med 18 mnkr från budget vid delåret, vilket innebär att prognosen för helåret förutsätter en relativt stor och delvis oförklarad ökning av övriga intäkter på 42 mnkr jämfört med delårets utfall.

Kostnaderna inkl. avskrivningar och finansiella poster uppgår enligt prognosen till 11 202 mnkr, vilket är 46 mnkr (ca 0,4 procent) lägre än budgeterat. Bemanningskostnader förväntas understiga budget med 117 mnkr. Denna avvikelse mellan prognos och budget består dels av lägre kostnader för anställd personal (359 mnkr), bland annat beroende på vakanser, dels av högre kostnader för inhyrning av personal (242 mnkr). Framförallt är det inhyrningen av läkare inom psykiatrin, primärvården och vid närakuter som ökat. För helåret prognosticeras inhyrningen öka med 20 mnkr jämfört med föregående år. Kostnader för läkemedel överstiger budget med 164 mnkr vilket huvudsakligen beror på högre kostnader för det tillkommande uppdraget kring förbrukningshjälpmedel i hemmet. Avskrivningskostnaderna är 110 mnkr lägre än budgeterat, vilket beror på att en planerad förändring av redovisningen av hjälpmedel från omsättningstillgång till anläggningstillgång inte blir av förrän nästkommande år. Lokal- och fastighetskostnader överstiger budget med ca 27 mnkr då ökade kostnader förväntas i samband med omflyttningar kopplade till FHS, exempelvis i form av dubbel hyra för vissa verksamheter. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs av 26 mnkr lägre övriga kostnader, 20 mnkr högre kostnader för köpta verksamhetsanknutna tjänster, 12 mnkr lägre kostnader för köpta primära sjukvårdstjänster och 8 mnkr högre materialkostnader.

Periodens investeringar uppgår till 82 mnkr. För helåret 2018 är prognosen 102 mnkr, vilket understiger budget med 80,6 mnkr. Avvikelsen mellan prognos och budget beror på att SLSO:s budgetram utökades för 2018 med anledning av den nämnda planerade förändringen av redovisningsprinciper för hjälpmedel som inte kommer till stånd förrän 2019.

Avvikelser mellan årsprognos och årsbudget har kommenterats mycket kortfattat i styrelsens delårsrapport. Beskrivningen av avvikelsen mellan delårsutfall och periodiserad budget kan till del användas i tolkningen av de olika intäkts- och kostnadsområdenas avvikelse mot budget för helåret.

Prognos och ekonomiskt utfall för de olika verksamhetsområdena redovisas inte i delårsrapporten. Av sjukvårdsdirektörens muntliga rapportering till styrelsen framgår att fyra av fem av SLSO:s verksamhetsområden[1] visar positiva resultat för delåret, men att verksamhetsområde somatisk specialistvård[2] visar ett underskott på 41 mnkr. Detta är också ca 41 mnkr lägre än verksamhetens periodiserade interna[3] budget och förklaras framförallt av negativa budgetavvikelser vid de geriatriska verksamheterna samt inom ASiH. Verksamhetsområde primärvård, liksom verksamhetsområde FoUU, visar resultat över periodiserad budget på 7 mnkr respektive 19 mnkr. Inom primärvård har framförallt husläkarverksamheter och mödravårdsenheter stärkt sitt resultat väsentligt jämfört med samma period föregående år. Verksamhetsområde habilitering och hjälpmedel visar ett resultat på 13 mnkr över periodiserad budget. I detta ligger ett negativt resultat för det tillkommande uppdraget förbrukningshjälpmedel i hemmet. Verksamhetsområde psykiatri redovisar ett lägre resultat än samma period föregående år och en negativ budgetavvikelse på 40 mnkr för delåret. För SLSO som helhet avviker resultatet per delåret positivt mot den interna budgeten. Därav har styrelsen bedömt att åtgärdsplan inte behövs för SLSO som helhet. Däremot har åtgärdsplaner för individuella resultatenheter som inte har ekonomi i balans upprättas av förvaltningsledningen (se avsnitt 2.1).

Fullmäktiges mål om ekonomi i balans har i styrelsens budget brutits ner i mål om att 80 procent av resultatenheterna ska ha en ekonomi i balans samt att 75 procent av resultatenheterna ska ha en positiv produktivitetsutveckling. Styrelsen bedömer att inget av dessa mål kommer att nås 2018. Per delåret nådde 51 procent av resultatenheterna ekonomi i balans, vilket är en förbättring jämfört med föregående delår då 41 procent av resultatenheterna uppnådde målet. Målet om positiv produktivitetsutveckling nås av 54 procent av resultatenheterna, att jämföra med 40 procent i delåret 2017.

Revisionen anser att styrelsens prognos för det ekonomiska resultatet är svårbedömd utifrån den rapportering som ges i delårsrapporten.

---

[1] Primärvård, psykiatri, habilitering och hjälpmedel samt somatisk specialistvård
[2] Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), geriatrik, närakuter, kostenheten och akademiskt specialistcentrum
[3] SLSO har utöver den budget som rapporteras till fullmäktige en intern budget som upprättas senare på året.

1.1 Verksamhet

I detta avsnitt redovisas måluppfyllelsen för ett urval av dels fullmäktiges, dels styrelsen mål och uppdrag.

Vårdproduktion
För vårdproduktionen prognosticeras avvikelser jämfört med budget inom respektive vårdområde enligt följande.

I likhet med samma period förra året är utfallet för vårdproduktion inom såväl öppen som sluten geriatrisk vård lägre än periodiserad budget. För öppenvården är utfallet 13 procent lägre (3 906 besök jämfört med budgeterat 4 505 besök) och för slutenvården är produktionen 23 procent lägre än budgeterat (5 573 besök jämfört med budgeterade 7 281 besök). Avvikelsen beror i huvudsak, likt tidigare, på en bristande tillgång på sjuksköterskor. För ASiH är utfallet (räknat i produktion av vårddygn ASiH) 11 procent lägre än budgeterat med 146 677 vårddygn jämfört med budgeterat 164 341 st. För den palliativa slutenvården är utfallet 3 procent lägre än budget med 5 950 vårddygn jämfört med budgeterade 6 149 st. Enligt SLSO förklaras den lägre vårdproduktionen inom ASiH och palliativ slutenvård med att detta delvis beror på ett lägre antal remisser. Orsaken till det lägre antalet remisser framgår dock inte.

Per delåret är utfallet för produktionen inom den psykiatriska öppenvården något lägre än budgeterat, knappt 1 procent. Den lägre produktionen, förklaras bland annat med att det funnits färre antal disponibla vårdplatser med anledning av en uppkommen vattenskada. Det framkommer dock inte hur stor omfattningen av vattenskadan är eller vilken, alternativt vilka, resultatenheter som drabbats, hur stort bortfall av disponibla vårdplatser som det därmed handlar om och vilken påverkan detta haft på tillgängligheten. Jämfört med motsvarande period förra året är antalet besök högre. Prognosen för helår är att antal öppenvårdsbesök kommer ligga i nivå med budget. Vårdtillfällen i slutenvården är per augusti 1 procent över budgeterat antal, och förväntas per helår bli 2 procent högre än budget.

För primärvården är utfallet i produktion 1,8 procent lägre än budgeterat. Avvikelsen förklaras i huvudsak av problem avseende kompetensförsörjning och vakanta tjänster samt sjukskrivningar. Ytterligare en parameter är att verksamheten arbetar med fler, och mer tidskrävande, medicinska utredningar. Avvikelsen på 1,8 procent förväntas kvarstå även för helår.

Den somatiska specialistvården har per delåret ett högre utfall mot budget och avviker positivt med närmare 3 procent i kategorin läkarbesök. Produktionen totalt sett (läkarbesök och övriga besök) inom den somatiska specialistvården förväntas överstiga budget med 2 procent för helåret. Den prognostiserade positiva avvikelsen beror bland annat på ett utökat uppdrag och högre inflöde av patienter mot bakgrund av att sex stycken nya närakuter startats inom SLSO:s verksamhet.[4]

[4] Närakut Haga, Närakut Rosenlund, Närakut Danderyd, Närakut Järva, Närakut Huddinge, Närakut Handen

Tillgänglighet och kvalitet

Utifrån landstingsfullmäktiges mål för "Förbättrad tillgänglighet och kvalitet" redovisar SLSO i sin delårsrapport mål och indikatorer inom områdena *vård i rätt tid och på rätt plats, säker vård, hög effektivitet* och *högt förtroende för vården* fram till augusti 2018.

Målen om *andel patienter som får vård inom 5 dagar hos husläkare* och *andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar* är uppfyllda per augusti 2018. Inom indikatorn Säker vård har styrelsen beslutat om nedbrutna mål som *prevalens av vårdrelaterade infektioner* (≤5 procent), *antibiotikaförskrivningen* (<158 per 1000 invånare) och *andel patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journal* (≥35 procent). Styrelsen bedömer att samtliga mål uppnås per helår och därmed nås även fullmäktiges övergripande mål.

Enligt budget ska SLSO:s fokusområde för 2018 vara att *öka tillgängligheten*. Indikatorerna som används för detta, och som också återrapporteras i delårsrapporten, är *införande av webbtidbokningar* samt att *alla patienter ska tillfrågas om tobaksbruk och uppgiften dokumenteras i journal*. Målvärdet >35 procent har per augusti inte uppnåtts men prognosticeras i styrelsens delårsrapport att uppnås på helår. Målet om införande av webbtidbokningar anses uppfyllt eftersom alla verksamhetsområden uppges ha inlett detta arbete.

Inom styrelsens målområde Hög effektivitet finns indikatorn *andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete*. Utfallet per 31 augusti 2018 är 84 procent, vilket överstiger målet som är ≥ 70 procent. Det framkommer inte i rapporteringen vilka specifika aktiviteter som utgör ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete och därmed hur verksamheterna inom SLSO arbetar med att det övergripande målet inom tillgänglighet och kvalitet ska uppnås. Indikatorn *hög effektivitet redovisas* också genom s.k. följsamhet till Kloka listan[5]. Följsamheten är per delåret 85 procent, 1 procentenhet under målvärdet. Målet på 86 procent bedöms uppnås per helår.

Övrigt

I delårsrapporten redovisas även prognos och utfall för indikatorer inom målområdena *hållbar tillväxt och utveckling* och *konkurrenskraftig FoUU*. Inom *hållbar tillväxt* redovisas styrelsens mål för *andel ekologiska livsmedel (patientmåltider)* och *förnybart drivmedel för transporter*. Målet om ekologiska livsmedel i patientmåltider är, i likhet med fullmäktiges mål, satt till 40 procent. Delårsrapporten redovisar att utfallet är 41 procent och målet är så långt därmed uppnått. Utfallet för motsvarande period 2017 var 37 procent.[6] Revisionskontoret har under 2018 gjort en fördjupad granskning av området Hållbara patientmåltider. I avsnitt 2.7 redovisas utfallet av granskningen.

---

[5] Kloka Listan innehåller läkemedel som rekommenderas för behandling av vanliga sjukdomar. Stockholms läns läkemedelskommitté beslutar, efter förslag från läkemedelskommitténs expertråd, vilka läkemedel som ska rekommenderas i Kloka Listan.
[6] SLSO:s mål för ekologiska livsmedel patientmåltider) var 35 procent 2017.

För *andel förnybar energi för transporter* har SLSO:s styrelse, i likhet med föregående år, en egen målsättning på 35 procent.[7] SLSO redovisar att utfallet hittills för 2018 är på 20 procent och att styrelsens eget mål (35 procent) därmed per augusti inte uppnåtts och inte heller förväntas uppnås per helår. SLSO redovisar dock ingen förklaring till avvikelsen.

I landstingets miljöprogram för 2017-2021 framgår att andelen förnybar energi för transporter i landstinget ska vara 95 procent år 2021. Revisionen har vid tidigare års granskningar konstaterat att SLSO:s ledning mer aktivt bör styra och följa upp miljömålen för att säkerställa att resultatenheterna lever upp till de landstingsövergripande målen kring förnyelsebart bränsle. Under 2016 vidtogs ett antal åtgärder för en stärkt styrning och uppföljning av fordonshantering och drivmedelsanvändning. Åtgärderna har hittills inte haft avsedd effekt. Även om åtgärder vidtagits under senare år är SLSO fortfarande mycket långt ifrån att nå landstingets övergripande miljömål.

För *konkurrenskraftig FoUU* har indikatorn utgjorts av mätningar av *antalet studerandeveckor* där målsättningen för 2018 varit att nå ett högre antal studerandeveckor jämfört med verksamhetsåret 2017. Per delåret uppnås målet med 4 procent högre antal studerandeveckor jämfört med augusti förra året.

För målet en *attraktiv arbetsgivare* är det vid delåret inte möjligt att redovisa utfallet för medarbetarindex respektive ledarskapsindex då årets medarbetarenkät ännu inte genomförts. Dock redovisas delmålen *systematisk kompetensplanering* och *hälsofrämjande arbetsmiljö* där utfallet per delåret, och mål samt prognos för helåret, uppskattas till 100 procent.

Uppdrag

Styrelsen har tre uppdrag kopplade till fullmäktiges övergripande mål inom totalt två områden: *Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i sjukvården* samt *Hållbar verksamhet.*

Uppdragen inom Hållbar verksamhet bedöms som avslutade, nämligen *Utarbeta styrdokument för säkerhet i enlighet med landstingsstyrelsen riktlinjer för säkerhet* och *se över delegationsordningen för att säkerställa att den är i enlighet med Policy för inköp.*

Styrelsen bedömer att uppdragen kommer att genomföras enligt plan under 2018.

Revisionen bedömer styrelsens prognos för det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

---

[7] Fullmäktige har, till skillnad från föregående år, inget specifikt mål/indikator för "andel förnybar energi för transporter" inom målet "Hållbar verksamhet". Jmf 2018 Mål och budget. Se även Miljöprogram 2017-2021

1.2 Sammanfattande bedömning

Styrelsen prognostiserar årets resultat till 105 mnkr, vilket är i överensstämmelse med fullmäktiges resultatkrav. Som revisionen framhållit tidigare skulle en mer utvecklad redovisning i delårsrapporten av orsaker till avvikelser i det prognosticerade ekonomiska resultatet underlätta såväl styrelsens som fullmäktiges och revisionens bedömning av prognosen. Det gäller utfallet i förhållande till budget, inklusive de olika verksamhetsområdenas påverkan på utfallet.

Styrelsen bedömer att fullmäktiges mål för verksamheten delvis kommer att uppnås. Vårdproduktionen inom geriatrisk vård, ASiH, primärvård och habilitering prognostiseras bli lägre än budgeterat. Avvikelsen är framförallt påtaglig inom den geriatriska vården och ASiH, där även föregående års produktion utföll lägre än budget.

Det redovisade utfallet för andel förnyelsebart drivmedel ligger liksom föregående år väsentligt under styrelsen egen målnivå och förväntas inte nås för året. SLSO är också fortfarande mycket långt ifrån att nå landstingets övergripande mål i miljöprogrammet 2017-2021.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i styrelsens delårsrapport och revisionen bedömer styrelsens prognos för det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig

Revisionen anser att styrelsens övergripande prognos för det ekonomiska resultatet är svårbedömd utifrån den rapportering som ges i delårsrapporten.

2 Intern styrning och kontroll

2.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Styrelsen har fastställt en detaljerad budget utifrån fullmäktiges ramar för resultat och investeringar. Styrelsen har i budgeten i huvudsak brutit ner de av fullmäktiges mål som berör verksamheten i egna uppföljningsbara strategier, mål och indikatorer. SLSO:s modell för styrning och uppföljning är huvudsakligen densamma som tidigare år. Varje verksamhetsområdes verksamhetsplan bryts ner i handlingsplaner som ska beskriva aktiviteter och ansvar för att nå de av SLSO:s övergripande mål och indikatorer som är relevanta för resultatenheterna. Verksamhetsområdeschef är ansvarig för uppföljning av resultatenheternas handlingsplaner.

SLSO har en systematisk uppföljning av ekonomi och verksamhet. Information om ekonomi, produktion, tillgänglighet och sjukfrånvaro vid resultatenheter och på verksamhetsområdesnivå aggregeras och följs regelbundet upp av SLSO:s ledning. Varje resultatenhet upprättar månadsvis prognoser över årets ekonomiska utfall. Vid ekonomi i obalans inhämtar förvaltningsledningen åtgärdsplaner från aktuell enhet. Åtgärdsplanerna utgör ett verktyg i förvaltningens ekonomistyrning och återrapporteras inte separat till SLSO:s styrelse. Då styrelsen prognosticerat att SLSO kommer att uppnå fullmäktiges resultatkrav 2018 har styrelsen, liksom tidigare år, bedömt att åtgärdsplansplan för SLSO som helhet inte behöver upprättas.

Den ekonomistyrning som ligger till grund för förvaltningsledningens styrning bygger endast i mindre omfattning 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 av ledningen därför ge förutsättningar för en mer relevant analys.

I revisionens granskning 2017 bedömdes SLSO:s resultat vara alltför beroende av hjälpmedelsverksamheternas resultat. Styrelsen har rekommenderats att stärka ekonomistyrningen i syfte att nå ekonomisk bärkraftighet inom de enskilda verksamhetsområdena. Vid delåret noteras att antalet resultatenheter som uppnår positiva resultat har ökat jämfört med föregående år (se avsnitt 1.1). SLSO redovisar inte prognos eller resultat för hjälpmedelsverksamheten separat. Av sjukvårdsdirektörens rapport vid delåret 2018 framgår dock att resultatet från verksamhetsområde habilitering och hjälpmedel, där hjälpmedelsverksamheten ingår, utgör ca 50 procent av verksamhetsområdenas samlade resultat per delåret. Enligt prognosen i samma underlag kommer habilitering och hjälpmedelsverksamhetens andel av SLSO:s samlade resultat för helåret vara väsentligt högre. Revisionen gör bedömningen att beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat fortfarande är mycket stort.

Vid styrelse- och ledningsgruppsmöten har sjukvårdsområdets ekonomi och prestationer samt övriga verksamhetsförändringar behandlats.

2.2 Riskanalys och intern kontrollplan 2018

Internkontrollplanen för 2018 har antagits av styrelsen i samband med beslutet om budget den 26 oktober 2017. Revisionen bedömer att internkontrollplanen för 2017–2018 tar upp för SLSO väsentliga riskområden som t.ex. säker vård, ekonomi i balans och informationssäkerhet.

Inför verksamhetsåret 2017 fastställde styrelsen en internkontrollplan utifrån en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys. Styrelsen bedömer att arbetet med riskanalys och internkontrollplan inför 2017 var omfattande och att riskbedömningarna ansågs kvarstå de följande åren.

Vid förra årets delårsgranskning konstaterade revisionskontoret att internkontrollplanen och tillhörande riskanalys var mycket omfattande. Revisionens rekommendation till SLSO:s ledning i delårsrapporten 2017 var att arbeta med att säkerställa att de risker som ingår i internkontrollplanen är de mest prioriterade utifrån utförd risk- och väsentlighetsanalys. Till årsbokslutet 2017 reviderades därför internkontrollplanen och koncentrerades till att omfatta de mest prioriterade riskerna. Internkontrollplanen för 2018, kallad internkontrollplan för 2017–2018, bygger därefter på den komprimerade planen för 2017 efter uppdatering av risker.

2.3 Ansvar och befogenheter

Under 2017 granskade revisionen om ansvar, uppgifter och befogenheter för landstingets nämnder, utskott samt beredningar är tillräckligt tydliga. Granskningen omfattade bl.a. SLSO.[8] Revisionen har i delårsgranskningen 2018 följt upp granskningen och särskilt granskat styrelsens uppdaterade arbetsordning[9] för att bedöma om den följer kommunallagens[10] regler för nämnder och fullmäktiges fastställda styrdokument[11]. Se bilaga 3 för en mer detaljerad beskrivning av granskningen av arbetsordningen.

Revisionen konstaterade även i årsrapporten 2017 att styrelsen i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen. Nedan och i bilaga 3 betonas därför inom parentes i de fall där styrelsens (nämndens) arbetsformer följer av kommunallagen.

2.3.1 Uppföljning av rekommendationer

I revisorernas delrapport 2017[12] lämnades fyra rekommendationer utifrån revisionens granskning om ansvar, uppgifter och befogenheter. Revisionen har hittills följt upp två av rekommendationerna som återges nedan.

Revisionen har bland annat rekommenderat styrelsen att i samverkan med landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige att revidera reglementet för SLSO så att verksamhet och arbetsformer regleras i enlighet med kommunallagen.

Av styrelsens yttrande[13] över revisionens delrapport 2017 framgår att förvaltningen delar revisionens påpekanden när det gäller reglemente och ägardirektiv. Förvaltningen förutsätter dock att denna fråga hanteras av landstingsstyrelsen, utifrån dess särskilda roll och ansvar. Granskningen visar att ansvarig tjänsteman på förvaltningen har en kontinuerlig dialog med landstingsstyrelsen för att säkerställa att reglementet för SLSO revideras. Rekommendationen är därmed delvis åtgärdad.

Revisionen har även rekommenderat styrelsen att formulera styrdokument 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. Enligt styrelsens yttrande instämmer styrelsen i revisorernas uppfattning och dokumenten ska revideras snarast. I en uppdatering av arbetsordningen (se nedan, avsnitt 2.3.2) framgår att styrelsens arbete i första hand ägnas åt frågor som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet samt frågor av ovanlig beskaffenhet eller stor betydelse i övrigt. Rekommendationen med avseende på arbetsordningen är åtgärdad. Revisionen noterar dock att styrelsen inte definierar vad frågor av ovanlig beskaffenhet eller stor bety-

---

[8] Dnr: RK 2017-0026
[9] Dnr: SLSO 18-181
[10] SFS 2017:725
[11] 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)
[12] Avrapporterades också i årsrapporten, dnr: RK 2017-0023
[13] Daterat 2017-12-07 dnr: SLSO 17-1767

delse i övrigt är. Ordet beskaffenhet är förbehållet fullmäktige, då fullmäktige i enlighet med 5 kap. 1 § (KL) ska besluta i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget.

Eventuella ändringar i övriga styrdokument utöver arbetsordning kommer att granskas i samband med årsrapporten 2018.

2.3.2 Uppdaterad arbetsordning

Flera av de rekommendationer revisionen lämnade i delrapporten 2017 berör styrelsens arbetsordning. Styrelsen har den 13 februari 2018 beslutat om en uppdaterad arbetsordning[14]. I uppföljningen av den tidigare granskningen av ansvar, uppgifter och befogenheter har revisionens därför särskilt granskat styrelsens uppdaterade arbetsordning[15] för att bedöma om den följer kommunallagens[16] regler för nämnder och fullmäktiges fastställda styrdokument[17].

Granskningen visar sammantaget att ett flertal av arbetsordningens bestämmelser fortfarande har sin utgångpunkt ifrån aktiebolagslagen[18] snarare än kommunallagen. Som revisionen konstaterat tidigare är SLSO en nämnd, som regleras av kommunallagen.

Flera bestämmelser i den uppdaterade arbetsordningen slår till exempel fast att styrelsens ordförande har ett individuellt ansvar för flera delar av verksamheten, vilket en ordförande i en nämnd inte kan ha. Styrelsen (nämnden) har enligt kommunallagen ett kollektivt ansvar för beslut som rör den verksamhet som bedrivs av förvaltningen. Ett annat exempel på att aktiebolagslagen varit styrande är att en av styrelsens uppgifter i den uppdaterade arbetsordningen anges vara att utöva tillsyn över sjukvårdsdirektören. Enligt kommunallagen behöver styrelsens (nämndens) kontroll omfatta 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[19]. Vidare åläggs sjukvårdsdirektören genom arbetsordningen uppgifter som innebär att denne är en del av styrelsen (nämnden), vilket en anställd inte kan vara enligt kommunallagen.

En närmare beskrivning av revisionens iakttagelser i granskningen av den uppdaterade arbetsordningen framgår i bilaga 3.

Bedömning

Revisionen bedömer att styrelsen har åtgärdat revisionens rekommendation att formulera arbetsordningen så att det framgår att styrelsen beslutar i ärenden som avser

---

[14] Se styrelseprotokoll 1/2018, diarienummer framgår inte av protokollet.
[15] Dnr: SLSO 18-181
[16] SFS 2017:725
[17] 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)
[18] SFS 2005:551
[19] Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. 6 kap. 6 §

verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. I samma mening framgår även att styrelsen beslutar i ärenden i frågor av ovanlig beskaffenhet eller stor betydelse i övrigt. Revisionen noterar att styrelsen inte definierar vad frågor av ovanlig beskaffenhet eller stor betydelse i övrigt är. Ordet beskaffenhet är förbehållet fullmäktige, då fullmäktige i enlighet med 5 kap. 1 § (KL) ska besluta i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget.

När det gäller rekommendationen att revidera reglementet i enlighet med kommunallagen förs en kontinuerlig tjänstemannadialog.

Vidare bedömer revisionen att den uppdaterade arbetsordningen i flera avseenden fortsatt behöver revideras i enlighet med kommunallagen.

Rekommendation:

- Styrelsen (nämnden) bör revidera arbetsordningen så att den följer kommunallagen.

2.4 Hjälpmedelsverksamheten

I revisionens årliga granskning 2017 bedömdes SLSO:s ekonomiska uppföljning av hjälpmedelsverksamheterna och den interna kontrollen av hjälpmedelslagret som inte tillräcklig. Iakttagelser visade på brister i redovisning av lagret bestående av hjälpmedel och det förelåg risk för fel som var väsentliga i förhållande till hjälpmedelslagrets omslutning.

Liksom 2017 visar granskningen att det även 2018 finns väsentliga outredda differenser mellan lagersystem och ekonomisystem. Enligt uppgift är dessa fortfarande under utredning. (Se avsnitt 3.2 Hjälpmedelslager).

SLSO har initierat ett arbete för att stärka och tydliggöra roller och ansvar för redovisning och rapportering samt för att säkra kompetensförsörjningen inom hjälpmedelsverksamheten. Revisionen kommer att följa upp det interna arbete som initierats för att förstärka bokslutsprocessen för denna verksamhet.

2.5 Förbrukningshjälpmedel

SLSO övertog 1 juni 2018 driften av verksamheten "förbrukningshjälpmedel i hemmet" 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[20] och omfattar cirka 125 000 brukare, 2500 förskrivare och totalt omkring 1500 leveranser per vecka av näringsprodukter, inkontinenshjälpmedel, diabetes- och sjukvårdsmaterial samt kompressionsprodukter. SLSO beskriver tiden för övertagandet av verksamheten som kort och sommarperioden som ansträngande. Leverantören Schenker Dedicated Services AB som upphandlats av SLSO för lagerhållning och distribution av förbrukningshjälpmedel fick omgående omfattande leveransproblem

[20] HSN 2016-4715

som ledde till att förbrukningshjälpmedel inte kunde levereras till patienterna. Bristerna i distributionen ledde också till ett ökat antal samtal till SLSO:s hjälpmedelsverksamhet och därtill bristande telefontillgänglighet.

Ett antal akuta åtgärder genomfördes under sommaren för att lösa problemen. Bland annat öppnades ett akutlager med de mest medicinskt akuta produkterna, vilket bemannades med vårdpersonal från primärvården och administrativ personal från hela SLSO. Vidare anlitades ett antal chaufförer och bilar lånades från övriga verksamheter samt hyrdes in externt för att kunna utföra akuta leveranser till patienter. Ett callcenter i Piteå anlitades för att kunna besvara inkommande samtal från patienter och minska telefonköerna. Patienter uppmanades att själva inhandla förbrukningshjälpmedel och sedan begära ersättning för utlägget i efterhand. Åtgärderna har gradvis gett effekt och i slutet av augusti bedömdes leveranstiderna för förbrukningshjälpmedel vara normala. I syfte att utvärdera händelseförloppet för etableringen av verksamheten har SLSO:s sjukvårdsdirektör tillsatt en intern utredning med preliminär avrapportering under hösten 2018.

Revisionen konstaterar att övertagandet av förbrukningshjälpmedel inneburit ett ansträngt läge för SLSO med risker kopplade till patientsäkerhet och ekonomi. Revisionskontoret kommer inför årsgranskningen att granska processen för övertagandet av förbrukningshjälpmedel, med fokus på HSN:s respektive SLSO:s ansvar och åtgärder för att säkerställa en fungerande verksamhet.

2.6 Habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning

Revisionen har i ett särskilt projekt[21] granskat om styrningen och utformningen av habiliteringsverksamheten i länet leder till en målgruppsanpassad, tillgänglig och patientsäker vård för personer med funktionsnedsättning. Granskningen berör dels HSN:s ansvar för vårdens planering, styrning och uppföljning, dels SLSO:s styrning och uppföljning av verksamheten Habilitering och Hälsa.

Granskningen visar 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. Styrelsen 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 vuxenhabilite-

[21] Landstingsrevisorerna, 2/2018 Habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning.

ringen 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[22] över rapporten framgår att SLSO:s styrelse delar revisionens slutsatser, att nämnda utvecklingsområden är kända och att åtgärder vidtagits och fortsätter att vidtas.

2.7 Hållbara patientmåltider

SLSO serverar flest patientmåltider inom landstinget, drygt 850 000 matportioner till patienter 2017. Revisionen har därför granskat hur SLSO säkerställer att patientmåltiderna ska vara miljömässigt hållbara i enlighet med landstingsfullmäktiges mål i miljöprogrammet 2017-2021[23].

Mål och handlingsplaner

För att mäta om patientmåltiderna är miljömässigt hållbara finns det i landstingets miljöprogram sex olika indikatorer som bland annat syftar till minskat matsvinn, lägre klimatpåverkan och att hållbarhetskrav alltid ställs vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel. I tillämpningsanvisningarna till miljöprogrammet[24] förtydligas det att SLSO berörs av samtliga indikatorer för hållbara patientmåltider. Utöver miljöprogrammet och tillämpningsanvisning antogs *Plan för hållbara patientmåltider*[25] av landstingsdirektören i mars 2018. Planen är ett vägledande dokument och syftar till att beskriva hur vårdverksamheter ska arbeta lokalt för att nå miljöprogrammets mål samt hur respektive indikator ska följas upp. Planen ger även information om vilka livsmedel som alltid ska vara ekologiska.

I SLSO:s budget för 2018[26] förtydligas att hållbara patientmåltider är ett målområde för hälso- och sjukvården. För att arbeta bland annat mot detta mål finns en *handlingsplan för miljö 2018-2021* för SLSO bifogat till budgeten. I denna handlingsplan har två mål fastställts som kopplar till hållbara patientmåltider, andelen ekologiska livsmedel och matsvinn. Utöver att arbeta mot de uppsatta målen i handlingsplanen beskrivs det att relevanta krav ska ställas vid upphandlingar och att aktiviteter bör genomföras på verksamhetsnivå för att minska klimatpåverkan.

Ansvaret för miljöarbetet inom SLSO följer linjeorganisationen. Detta innebär att verksamhetschefen har ansvar för miljöfrågor inom den egna verksamheten. Centralt på SLSO finns en hållbarhetsstrateg, som bland annat har som ansvar att bevaka beslut som kan leda till miljökonsekvenser. Respektive verksamhetsområdeschef beslutar, utifrån SLSO:s budget och styrkort, om nedbrutna mål för sitt verksamhetsområde i lokala verksamhetsplaner, däribland miljömål. Av verksamhetsplanerna för femton granskade verksamheter hade tio antagit målet att öka andelen ekologiskt till

[22] SLSO 18-1071
[23] LS 2015-0092
[24] LS 2016-1486
[25] LS 2017-0128
[26] SLSO 17-1655

40 procent[27]. Fem av de granskade verksamheterna hade inte angivit måltal, alternativt antagit lägre måltal än 40 procent. En av verksamheterna hade endast målsättningen att servera ekologiskt till medarbetarna, inte till patienterna. Endast två verksamheter hade mål kopplat till minskat matsvinn.

Via intervjuer med de lokala resultatenheterna har det framgått att det inte anses tydliggjort i interna rutiner hur SLSO ska arbeta mot målen för hållbara patientmåltider. Intervjuade resultatenheter hänvisades till att viss information fanns i SLSO:s dokumenthanteringssystem *Dokumenta* men att denna inte är komplett när det gäller miljöarbetet.

Målet att minska matsvinn och öka andelen ekologiska livsmedel

I SLSO:s miljöredovisning[28] för 2017 beskrivs det att förvaltningen genomfört en nollmätning 2017 som visade att den totala mängden matsvinn var 149 ton, vilket motsvarar 40 procent av viktandelen för den totala portionsvikten. Målet i landstingets miljöprogram är att maximalt 15 procent av portionsvikten ska slängas 2021. Under 2017 har SLSO genomfört workshops för att diskutera hur matsvinnet kan minska. I miljöredovisningen betonas det även att SLSO behöver ta fram tydliga mål och aktiviteter samt ha ett konstruktivt samarbete med beställande verksamheter och kostleverantörer för att kunna minska matsvinnet framöver.

En ytterligare viktig aspekt för att minska matsvinnet är att korrekta beställningar av patientmåltider görs av vårdverksamheterna. Granskningen har visat att det inte finns några enhetliga rutiner för vad beställningsansvariga ute i vårdverksamheterna ska tänka på för att kunna minska matsvinnet. Vidare har det framgått att det inte genomförs någon kontinuerlig utbildning inom området för beställningsansvariga.

Målet för andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider var 35 procent 2017. Av SLSO:s miljöredovisning för 2017 framgår det att andelen uppgick till 38 procent 2017.

Relevanta hållbarhetskrav vid upphandling för att minska klimatpåverkan

För att säkerställa att hållbarhetskrav alltid ställs vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel är SLSO:s hållbarhetsstrateg delaktig i upphandlingen. Det är respektive verksamhet som är ansvarig för avtalen och som följer upp avtalen, inklusive de områden som rör hållbara patientmåltider. Granskningen har visat att ansvariga för avtalen inte har någon specifik kompetens när det gäller hållbarhetskraven och att hållbarhetsstrategen vanligen inte är med vid avtalsuppföljningen.

I SLSO:s miljöredovisning för 2017 beskrivs det att styrelsen inte har aktivt arbetat för att minska klimatpåverkan från patientmåltider.

---

[27] Verksamhetsplaner tillhörande verksamheter inom psykiatri och geriatrik.
[28] LS 2017-0126

Bedömning
Revisionen anser 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 styrelsens handlingsplan för miljö. SLSO uppfyllde redan 2017 fullmäktiges mål om andel ekologiska livsmedel. Ledningen kan dock stärka sin styrning och uppföljning för att säkerställa att hållbarhetskraven följs upp på ett relevant sätt och att alla verksamheter arbetar med att minska klimatpåverkan från hållbara patientmåltider. Ledningen bör även säkerställa att alla verksamheter antar mål och åtgärder för att minska matsvinnet.

Rekommendation:

- Ledningen bör 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.

2.8 Förutsättning för klinisk forskning

I ett särskilt projekt[29] 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 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. SLSO har ombetts att lämna ett generellt yttrande över rapporten i november 2018.

2.9 Intäktsprocessen och utbetalningar

I likhet med tidigare år kvarstår vissa problem med att fakturor försvinner, vilket SLSO tror beror på felhantering hos den externa utföraren Post Nord Sverige AB. Problemet har förorsakat kostnader för SLSO i form av minskad effektivitet i processen samt påminnelse- och förseningsavgifter. Omfattningen på dessa kostnader har

[29] Projektrapport 1/2018 Förutsättningar för klinisk forskning; en granskning i samverkan mellan revisionen i Stockholms läns landsting och internrevisionen vid Karolinska Institutet

inte utretts men SLSO:s bedömning är att det inte rör sig om några väsentliga belopp. Eftersom det kvarstår en viss problematik, även om det i dagsläget inte utgör någon väsentlig risk, sker ett kontinuerligt arbete med att minska antalet fysiska fakturor genom att SLSO löpande kontaktar leverantörer och ber dem att skicka digitala fakturor för att minska risken att fakturor kommer bort i posthanteringen.

Behörigheter i leverantörsfakturasystemet hanteras centralt av systemförvaltare inom SLSO. Granskningen visar att gällande rutin för upplägg, förändring eller avslut av en behörighet inte följs fullt ut då ändringar inte sker på ett dokumenterat vis. Vidare krävs att systemförvaltarna kontinuerligt utför ett underhållsarbete för att identifiera användare som eventuellt ska tas bort, vilket indikerar på att alla enheter inte rapporterar avslutade/ändrade anställningar. Gällande riktlinjer för årlig inventering av aktuella attestbehörigheter och anmälan av förändringar har heller inte följts för alla enheter under året.

Liksom i tidigare års granskning noteras att rutinen för förändringar av leverantörers fasta data och nyupplägg av leverantörer inte följts konsekvent under årets månader. Det pågår dock ett arbete med att utföra en retroaktiv granskning av förändringar som gjorts hittills under året. Som komplement till årlig inventering utför en controller på SLSO löpande kontroller av personer med attestbehörighet som saknar ID och därmed inte längre jobbar inom landstinget. Denna kontroll fångar dock inte upp förändringar i attestbehörighet till följd av byte av tjänst eller arbetsuppgifter inom landstinget.

Vidare noteras i granskningen att tvåhandsprincipen saknas för administration av bankbehörigheter, då en enda person idag ensam har behörighet att lägga till nya behörigheter och ändra redan befintliga behörigheter.

Rekommendation:

- Ledningen bör säkerställa att bankbehörigheter administreras av två i förening.

2.10 Löneprocessen

Den interna kontrollen avseende hantering av löner behöver vidare stärkas avseende attest av lönelistor av behörig personal, månatliga stickprovskontroller av ändringar i fasta data samt dokumentation av genomgång av signallistor i samband med lönekörningen. Tidigare rekommendationer kvarstår inom dessa områden. Uppföljande granskning kommer att ske i samband med granskningen av årsbokslutet.

2.11 Kassa- och kontanthantering

SLSO har centrala riktlinjer för hantering av dagskassor, vilka gäller för samtliga kontantkassor på SLSO:s vårdinrättningar. Enligt gällande rutin ska tvåhandsprincipen tillämpas vid såväl stängning och räkning av kassan som vid inlåsning av kassan i kassaskåp. Den granskning som genomförts vid delåret visar att de centrala riktlinjerna inte efterlevs gällande tvåhandsprincipen vid dessa moment.

I SLSO:s riktlinjer för hantering av dagskassor framgår att verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att en kontroll av kassahanteringen ska ske två gånger per år. Resultatet ska dokumenteras och skickas in till den interna funktionen Redovisningsservice. Granskningen visar att denna rutin inte efterlevs fullt ut och att dokumentation saknas.

Rekommendationer:

- Ledningen bör säkerställa att rutinen för hantering av dagskassor med tvåhandsprincip efterlevs samt att genomförda kontrollmoment dokumenteras.
- Ledningen bör säkerställa att riktlinjer för intern kontroll av dagskassor följs och dokumenteras.

2.12 Externfinansierade projekt

SLSO genomförde en projektinventering över stillastående projekt i samband med årsbokslutet 2017. Detta resulterade i att tidigare erhållna projektmedel på ca 20 mnkr intäktsfördes. Per delåret 2018 noteras att det ännu finns ett flertal s.k. stillastående projekt där oförbrukade projektmedel uppgår till 17 mnkr. Revisionen bedömer i enlighet med tidigare lämnad rekommendation att det finns anledning att se över samtliga stillastående projekt för att säkerställa att återbetalningsskyldighet inte föreligger och att projektmedlen kommer att användas i enlighet med projektets intentioner.

2.13 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Följande processer har granskats utan nya väsentliga iakttagelser; bokslutsprocessen och inbetalningar. Granskningen av manuella bokföringsorder visar liksom tidigare år att verifierande underlag till bokföringsorder saknats eller varit bristfälliga i viss omfattning. Fortsatt arbete bör även ske med att utforma ändamålsenliga rutiner gällande uppföljning av KVÅ-registreringar i journal- och kassasystemet avseende extra ersättningar för att säkerställa att intäkterna blir korrekta. Ledningsnära kostnader och representation har granskats utan väsentliga iakttagelser. Den stickprovsvisa granskningen av ledningsnära kostnader visar dock att det förekommer att fakturor är ospecificerade avseende genomförd aktivitet.

2.14 Sammanfattande bedömning

Styrelsen följer på övergripande nivå kontinuerligt upp ekonomi och verksamhet. Beroendet av hjälpmedelscentralernas resultat är fortfarande betydande även om antalet resultatenheter som uppnår positiva resultat har ökat jämfört med föregående år. Enligt styrelsens prognos kommer SLSO:s produktionsmål endast nås delvis 2018. Revisonen bedömer därför i likhet med 2017 att styrelsen behöver stärka sin styrning och uppföljning av åtgärder för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet och produktionen inom de enskilda verksamhetsområdena och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat.

Vid årsbokslut 2017 bedömdes ekonomistyrningen inom verksamhetsområde hjälpmedel som otillräcklig då den visade på brister i den ekonomiska styrningen och uppföljningen av hjälpmedelsverksamheterna. Den hittills genomförda granskningen vid delåret av ekonomistyrningen inom verksamhetsområde hjälpmedel visar att SLSO har vidtagit åtgärder för att stärka de interna processerna vid hjälpmedelsverksamheten. Den interna kontrollen vid hjälpmedelsverksamheten behöver dock stärkas ytterligare, vilket kommer att följas upp i samband med årsbokslutet.

Revisionen har följt upp föregående års granskning av ansvar, uppgifter och befogenheter samt särskilt granskat om styrelsens arbetsordning följer kommunallagens regler liksom fullmäktiges styrdokument för nämnder. Revisionen bedömer att styrelsen genom revidering av arbetsordningen beaktat revisionens tidigare rekommendation så att det nu framgår att styrelsen beslutar i frågor som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Den uppdaterade arbetsordningen behöver i flera avseenden dock fortsatt revideras i enlighet med kommunallagen.

Revisionen har i en särskild projektrapport bedömt att styrelsen behöver stärka kompetensförsörjningen i habiliteringsverksamheten, säkra vårdkedjan mellan barn- och vuxenhabiliteringen samt öka andelen samordnade individuella vårdplaner.

Vid övriga genomförda granskningar har avvikelser noterats när det gäller hållbara patientmåltider, intäktsprocessen, kassa- och kontanthantering samt löneprocessen. Ett antal avvikelser har också noterats kopplade till noterade avvikelser vid tidigare års granskningar. Nämnda avvikelser bedöms dock inte vara av sådan karaktär att de påverkar den samlade bedömningen av styrelsens interna styrning och kontroll.

Revisionen bedömer att den interna styrningen och kontrollen behöver stärkas ytterligare på flera punkter. Den slutliga bedömningen för 2018 görs i samband med revisionens årsrapportering.

3 Räkenskaper

3.1 Delårsrapport 2017-08-31

Revisionen av den finansiella rapporteringen har utförts i enlighet med International Standard on Review Engagements ISRE 2410 Översiktlig granskning av finansiell delårsinformation. I den översiktliga granskningen av resultat- och balansräkningar har det inte identifierats väsentliga felaktigheter eller avsteg från god redovisningssed när det gäller SLSO:s redovisade delårsresultat och prognos inför årsbokslutet. Den bokslutsdokumentation som upprättats vid delårsbokslutet håller en tillräcklig kvalitet. Roller och ansvar med avseende på upprättande av finansiell rapportering bedöms som tydliga och ändamålsenliga. Landstingets anvisningar med avseende på delårsbokslutets upprättande har, i allt väsentligt, följts.

3.2 Hjälpmedelslager

Per den 31 augusti 2018 uppgår omsättningstillgångarna till 2 001 mnkr varav 359 mnkr klassificerats som hjälpmedelslager. Tidigare års bedömning kvarstår att det bör utredas närmare om det föreligger omständigheter som gör att delar av hjälpmedlen bör redovisas som anläggningstillgångar. Iakttagelsen berör endast klassificeringen i balansräkningen. Revisionen noterar att SLSO planerat för en ändring av redovisningsprinciper inför 2018, men att den ännu inte realiserats. Dokumenterat ställningstagande och motiv till den förändrade redovisningsprincipen saknas men enligt uppgift är detta under framtagande.

I samband med översiktlig granskning av SLSO:s delårsrapport noteras outredda differenser mellan redovisningssystemet Raindance (huvudboken) och SLSO:s lagersystem SESAM uppgående till 9 mnkr. Per rapporteringsdatum är identifierade differenser under utredning av SLSO. I granskningen har tillräckliga underlag rörande dessa differenser inte kunnat presenteras. Till följd av detta har det inte kunnat verifieras om ytterligare justeringar mellan lagersystemet och huvudboken varit nödvändiga vid detta rapporteringstillfälle. Noterade differenser bedöms dock inte vara väsentliga för SLSO:s balansomslutning som helhet.

3.3 Materiella anläggningstillgångar

Enligt SLSO:s rutinbeskrivning för redovisning av anläggningstillgångar ska ombyggnationer i externt förhyrda lokaler understigande 150 tkr normalt kostnadsföras samma år som ombyggnationen har gjorts. Enligt uppgift från SLSO har denna princip inte följts. Ett gränsbelopp för kostnadsföring uppgående till ett halvt prisbasbelopp[30] har istället använts.

Rekommendation:

- Ledningen bör uppdatera rutiner för att principer efterlevs när utgifter i externt förhyrda lokaler ska kostnadsföras.

3.4 Sammanfattande bedömning

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed. Osäkerheter föreligger dock rörande hjälpmedelsverksamhetens räkenskaper.

4 Yttrande över Årsrapport 2017

Styrelsen har 2018-05-28 lämnat yttrande över revisionens årsrapport för 2017. Styrelsen har inte i sitt yttrande framhållit synpunkter som avviker från revisionens synpunkter i rapporten.

[30] Prisbasbeloppet enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) har för år 2018 beräknats till 45 500 kronor.

Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till styrelsen
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare år lämnade rekommendationer till ledningen
Bilaga 3	Arbetsordning för styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde
Bilaga 4	Yttrande över Landstingsrevisorernas årsrapport 2017

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 Landstingsrevisorernas hemsida www.sll.se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen 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

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

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Ansvar och befogenheter					
2017 Delår ID: 1055	Styrelsen bör i samverkan med landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige att revidera reglementet för SLSO så att verksamhet och arbetsformer regleras i enlighet med kommunallagen		X		I yttrande från styrelsen i SLSO framgår att de instämmer i revisorernas uppfattning gällande reglemente och ägardirektiv. De påpekar emellertid också att de förutsätter att denna fråga hanteras av landstingsstyrelsen. LS har i yttrande uppgett att de kommer att göra en översyn av styrande dokument, inkl reglementen beslutade av fullmäktige. Vid delåret 2018 uppges att ansvarig tjänsteman på SLSO har en kontinuerlig dialog med landstingsstyrelsen för att säkerställa att reglementet för SLSO revideras. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
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 rekommendationer. I ny text som tillkommit i delegationsordningen används dock begreppet principiell beskaffenhet för att exemplifiera ärenden som faller under styrelsens ansvar. Enligt revisionens bedömning är frågor av principiell art förbehållen fullmäktige och skrivningen bör därför ändras. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2017 Delår ID: 1057	Styrelsen 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 preserad att styrelsen fortfarande kan behålla ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten		X		Styrelsen har reviderat instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören 2018-02-13. Den nya delegationsordningen innehåller inte begreppen löpande förvaltning, firma och mottagande av delegering. Detsamma gäller för beslutad vidaredelegationsordning 2018-02-13. Gällande precisering av delegationsrätt har i ny delegationsordning för sjukvårdsdirektören 2018-02-13 tillkommit en skrivning om att beslutsrätten för sådant som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet ligger kvar hos styrelsen. Revisionen kommer granska stickprov på delegerade uppdrag under 2018 för att se om risk kvarstår för att besluten rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Effektivt miljöarbete					
2017 Årsrapp ID: 1291	Styrelsen bör stärka sin styrning och uppföljning av användningen av förnyelsebara drivmedel för att säkerställa uppfyllelsen av målet i landstingets miljöprogram				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.

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

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Ekonomistyrning					
2017 Årsrapp ID: 1292	Styrelsen behöver stärka ekonomistyrningen i syfte att nå ekonomisk bärkraftighet inom de enskilda verksamhetsområdena och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat				Andel resultatenheter som visar postitiva resultat har ökat vid delåret 2018 jämfört med föregående år, men beroendet av hjälpmedelscentralens resultat bedöms fortfarande vara betydande. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Habiliteringsinsatser					
2018 Delår ID: 1287	Styrelsen 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				
2018 Delår ID: 1288	Styrelsen 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				
Hjälpmedelsverksamhet					
2017 Årsrapp ID: 1293	Styrelsen 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				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Informationssäkerhet					
2012 (Projekt 5/2012) ID: 203	SLSO bör kontinuerligt följa upp att samtliga anställda genomgått utbildning gällande informationssäkerhet.		X		Vid delåret 2018 finns ingen uppföljning av hur många av de anställda som genomgått utbildning i informationssäkerhet att redovisa. Enligt uppgift pågår en uppföljning av hur många anställda som genomgått DISA-utbildning. Med anledning av att rekommendationen kvarstått i mer än fem år utgår den och överförs den till revisionskontorets risklista och kan komma att bli föremål för förnyad granskning.
Samverkan i beroendevården					
2016 Årsrapp ID: 921	Styrelsen 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.				Uppföljningen bör samordnas med stadsrevisionen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.

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

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
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.				Uppföljningen bör samordnas med stadsrevisionen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
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.				Uppföljningen bör samordnas med stadsrevisionen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Skydd mot oegentligheter					
2013 (Projekt 4/2013) ID: 495	SLSO bör förtydliga rutiner för att säkerställa dels att kontroller mot befintliga avtal är möjliga såväl vid beställning som efter leverans, dels att informationen i leverantörsregistret är korrekt genom att införa löpande och systematisk registervård.		X		Rekommendationen utgår. Nya lattagelser och senare rekommendationer finns kring SLSO:s löpande och systematiska registervård av leverantörsregistret.
2013 (Projekt 4/2013) ID: 496	SLSO bör löpande följa upp och kontrollera otillåtna bisysslor samt inköp från anställdas bolag.		X		Rutin för löpande uppföljning, exempelvis genom registeranalys saknas. Landstingsövergripande beslut har fattats om att anställda ska kunna registrera eventuella bisysslor i Heroma. Detta kommer att göra det enklare för arbetsgivaren att följa upp bisysslor. Beslut har tagits av SLSO:s ledning att införskaffa modul för registrering i Heroma, med införande senast november 2018. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Stockholms läns sjukvårdsområde, Delår 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Anläggningstillgångar					
2015 Delår ID: 644	Ledningen bör se över rutinen för inventering med fokus på att återrapportering från enheterna förbättras för att kunna ge förutsättningar för en effektiv intern kontroll.		X		Rutinen avseende återrapportering av inventeringslistor från enheterna har förbättrats. Dock saknas fortfarande vissa enheters återrapportering. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Bokslutsprocessen					
2015 Delår ID: 649	Ledningen bör säkerställa en rutin där verifierande underlag alltid bifogas manuella bokföringsordrar.		X		I samband med granskning av delårsbokslutet 2018 noteras att verifierande underlag saknas. SLSO har dock initierat ett arbete med att stärka upp rutinen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2016 Årsrapp ID: 966	Ledningen bör i samråd med landstingets centrala ekonomifunktion utreda och fastställa tydliga redovisningsprinciper rörande licenser, rättigheter etc		X		Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Direktupphandling					
2016 Årsrapp ID: 987	Ledningen bör säkerställa att behov av bemanning genom inhyrd personal inom psykiatrin kan tillgodoses genom avtal som upphandlats i konkurrens enligt lagstiftningen			X	På SLL-nivå ses utformningen av bemanningsavtalet över i syfte att säkerställa att avtalade leverantörer levererar. Revisionen kommer att göra en utökad granskning av direktupphandling vid SLSO under hösten 2018. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Externfinansierade projekt					
2015 Årsrapp ID: 765	Ledningen bör stärka uppföljningen av externfinansierade projekt för att säkerställa att projekt som redovisningsmässigt bör hanteras som avslutade identifieras löpande och projektmedel återförs till finansiär eller verksamheten		X		I samband med upprättande av årsbokslutet 2017 har SLSO avslutat ett antal stillastående projket och intäktsfört tidigare erhållna projektmedel på 20 mnkr. En liknande projektinventering planeras inför bokslut 2018. Skriftliga godkännande från finansiären bör inhämtas för att säkerställa att återbetalningsskyldighet inte föreligger. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Generella kontroller i Heroma och Raindance					
2015 Delår ID: 634	Ledningen bör uppdatera riskanalysen med avseende på Heromas funktionalitet för SLSO.			X	Ett arbete pågår. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2015 Delår ID: 635	Ledningen bör uppdatera sin skriftliga överenskommelse avseende Heroma med SLL IT (SLA) och se till att överenskommelsen även omfattar roller och ansvar rörande intern kontroll.			X	Ett arbete pågår. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Hjälpmedelslager					
2015 Delår ID: 648	Ledningen bör utveckla rutiner för identifiering och eliminering av differenser mellan ekonomisystemet Raindance och lagersystemet SESAM.		X		Det föreligger outredda differenser mellan ekonomisystemet Raindance och lagersystemet SESAM. Ett arbete pågår internt för att utreda dessa differenser. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Stockholms läns sjukvårdsområde, Delår 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2015 Årsrapp ID: 766	Ledningen bör säkerställa att klassificeringen av hjälpmedelslagret följer god redovisningssed.		X		Frågan hanteras på koncernnivå. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2016 Delår ID: 862	Ledningen bör förstärka rutinerna kring inventering för att säkerställa att samtliga lager inventeras i enlighet med gällande riktlinje.			X	Enligt uppgift pågår ett arbete internt vid SLSO med att se över och uppdatera rutinerna kring inventering och en inventeringssamordnare kommer att utses. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2016 Delår ID: 863	Ledningen bör säkerställa att övertagna hjälpmedel från Sodexo existerar och är korrekt värderade.	X			I samband med delårsgranskningen 2018 noteras att de övertagna hjälpmedlen numera finns inlagda i SESAM.
2017 Årsrapp ID: 1294	Ledningen bör säkerställa att verifierande specifikationer bifogas bokslutsdokumentationen för balanskonton kopplade till hjälpmedelslagret				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2017 Årsrapp ID: 1295	Ledningen bör förtydliga rutinerna gällande inventering av hjälpmedelslager så att det tydligt framgår vilka moment som ska genomföras och hur eventuella differenser ska hanteras				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2017 Årsrapp ID: 1296	Ledningen bör säkerställa kontrollen över var verksamhetens lagerplatser för hjälpmedelsartiklar är lokaliserade				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Informationssäkerhet					
2015 (Projekt 9/2015) ID: 759	Ledningen bör, i syfte att stärka informationssäkerheten, säkerställa att rapportering sker till ledningen i enlighet med fastställda styrdokument för informationssäkerhet.		X		Ny rutin har tagits fram för rapportering till ledningen. Utformning och implementering kommer att granskas närmre av revisionen under hösten 2018, varför rekommendationen tillsvidare anges som delvis uppfyld. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Informationssäkerhet i mobila lösningar					
2017 Årsrapp ID: 1298	Ledningen bör säkerställa att läsplattor som används vid mobila vårdteam har automatiska spärrar för nedladdning av externa programvaror, för att minska risken att patientuppgifter sparas eller sprids via enheterna				Behandlas i revisionens utökade granskning av informationssäkerhet vid SLSO under hösten 2018. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Informationssäkerhet i Take Care					
2015 Delår ID: 637	Ledningen bör följa upp om de åtgärder i den centralt framtagna handlingsplanen som berör SLSO har genomförts		X		Arbete pågår. Resultatet av arbetet kommer att implementeras fullt ut i SLSO:s handlingsplan i 2- respektive 5-års perspektiv. Revisionen kommer att följa upp rekommendationen i samband med en utökad granskning av informationssäkerhet under hösten 2018. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Inköps- och utbetalningsprocessen					
2016 Delår ID: 860	Ledningen bör säkerställa att inventering av inlagda attesträtter i berörda system genomförs i enlighet med gällande riktlinje för attester.		X		I likhet med tidigare år noteras att ändringar för behörigheter anmäls löpande. Någon rutin för årlig inventering finns dock inte och risk finns därmed för att behörigheter missas att tas bort. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Stockholms läns sjukvårdsområde, Delår 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
Inköpsprocessen					
2015 Delår ID: 639	Ledningen bör se till att kontrollen av logglistor av leverantörers fasta data även omfattar att genomförd förändring är relevant och att kontrollen dokumenteras.		X		Under år 2017 inleddes ett arbete med att förbättra rutinen kring granskning av logglistor över förändringar i fasta data. Detta har ännu inte färdigställts. Granskning visar att kontroll av logglistor inte utförts för samtliga månader 2018. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2015 Delår ID: 640	Ledningen bör säkerställa spårbarheten i administrationen av behörigheter till berörda system		X		SLSO har vidtagit åtgärder men i samband med årets granskning noteras att rutinen ännu inte följs fullt ut då ändringar även kan ske via mail eller muntlig korrespondens. Risk finns även för att behörigheter inte tas bort när en anställd får ändrad/avslutad anställning. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Intäktsprocessen					
2017 Delår ID: 1061	Ledningen bör förstärka uppföljningen gällande KVÅ-registreringar i journal- och kassasystem för att säkerställa korrekt fakturering av intäkter			X	En arbetsgrupp har tillsatts centralt som påbörjat arbetet med att utforma en ändamålsenlig rutin för uppföljning av KVÅ-registreringar. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
Kontroll av legitimationer					
2017 Delår ID: 1059	Ledningen bör regelbundet följa upp att rutinen för kontroll av anställdas legitimationer fungerar				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2017 Delår ID: 1060	Ledningen bör se till att det finns en rutin för kontroll av legitimation hos inhyrd personal samt regelbundet följa upp denna				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Löneprocessen					
2015 Delår ID: 643	Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor för utbetalning av lön kontrolleras och attesteras av respektive chef.		X		SLSO har påbörjat ett arbete i syfte för att förbättra rutinen, dock är det fortfarande en stor andel utanordningslistor som inte attesteras. Vid delårsgranskning 2018 noteras även att analys och rättningar utifrån signallistor inför den slutliga lönekörningen inte sparats och dokumenterats, varför spårbarheten i kontrollen är obefintlig. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
2017 Delår ID: 1062	Ledningen bör säkerställa att stickprovskontroll av ändringar i fasta data i lönesystemet utförs månadsvis i enlighet med gällande rutin		X		Inga stickprovsvisa kontroller har utförts under 2018. Enligt uppgift från löneavdelningen har kontrollen inte utförts pga av vakanta tjänster och hög arbetsbelastning. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Stockholms läns sjukvårdsområde, Delår 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2017 Delår ID: 1063	Ledningen bör stärka rutinen vid förändringar av fasta data rörande nyanställningar samt vid avslutande av anställning		X		Månadsvis tas logglistor ut för två slumpmässigt utvalda personer på löneenheten. Därefter kontrolleras logglistan av två personer som ansvarar för att kontrollera att samtliga ändringar som genomförts i lönesystemet har tillämpliga och tillräckliga underlag bifogade. Logglistan tas fram i pappersformat och sparas. Denna rutin finns sedan tidigare år men rutinen har under 2018, i likhet med tidigare år, dock brustit. SLSO har initierat en översyn för att effektivisera utformningen av berörda kontroller framöver. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Materiella anläggningstillgångar					
2016 Delår ID: 864	Ledningen bör uppdatera anvisningar för värdering av kostnader vid ombyggnad i externt förhyrda lokaler så att de följer god redovisningssed.		X		Enligt uppgift aktiverar SLSO numera ombyggnationer i externt förhyrd lokaler som är av värdehöjande slag när utgiften överstiger ett halvt prisbasbelopp. Vi har dock noterat att SLSO inte uppdaterat gällande riktlinje "Anläggningstillgångar – rutin för SLSO" i vilken det framgår att ombyggnationer i externt förhyrda lokaler aktiveras om utgift överstiger 150 TSEK. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Omställningskostnader					
2015 Årsrapp ID: 767	Ledningen bör utarbeta och kommunicera interna riktlinjer för hanteringen av omställningsprojekt i syfte att säkerställa att projektaktiviteter av omställningskaraktär fångas upp och finansieras med bidrag från SLL	X			I samband med delårsgranskning 2018 noteras att det utarbetats interna riktlinjer gällande hantering av omställningsprojekt
Pensioner					
2016 Årsrapp ID: 963	Ledningen för SLSO bör stärka den interna kontrollen av pensionsförmåner genom att införa systematiska kontroller avseende registrering av pensionsgrundande föräldraledighet för barn äldre än 8 år		X		Efter revisionens rekommendation gick SLSO igenom och rättade alla som hade lagt ledighet för barn över 8 år på en felaktig löneart. Från och med 2018 planeras uppföljningar att göras årligen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.
Tillgänglighet och vård i rätt tid					
2017 Årsrapp ID: 1297	Ledningen bör följa effekterna vid en ökad andel digitala bokningar liksom ökad andel sjuksköterskebesök inom husläkarverksamheten för att säkerställa att vård ges på rätt vårdnivå i rätt tid				Följs upp i samband med årsgranskningen 2018.

Bilaga 3 Arbetsordning för styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde

I denna bilaga beskrivs mer detaljerat revisionens granskning av styrelsens uppdaterad arbetsordning för 2018, se avsnitt 2.3 i delrapporten. Granskningen har skett med utgångspunkt från att arbetsordningen för styrelsen (nämnden) följer kommunallagen (KL) och fullmäktiges styrdokument.

Inom Stockholms läns landsting reglerar fullmäktige SLSO genom *reglemente för landstingsstyrelse och nämnder* (reglemente)[1], *generella ägardirektiv*[2], *specifika ägardirektiv*[3] samt *ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper* (ägarpolicy)[4]. Det sistnämnda dokumentet anger att SLSO är en förvaltning som drivs under bolagsliknande former. Utifrån det och användning av begrepp som exempelvis ägardirektiv, styrelse, ledning och verkställande direktör, som i huvudsak inte används inom kommunalrätten, och hänvisningar till aktiebolagslagen (ABL)[5] placeras nämnden i en kontext som vanligtvis rör aktiebolag. Revisionen har i tidigare granskning[6] påtalat för såväl landstingsstyrelsen som SLSO att styrelsen är en nämnd och verksamheten en förvaltning.

Generella ägardirektiv fastslår att styrelse och ledning ansvarar för att verksamheten följer av ägaren beslutade styrande dokument, och ska se till att motsvarande interna riktlinjer och föreskrifter upprättas. Styrelsen har fastställt en *arbetsordning*[7] i enlighet med de generella ägardirektiven. Av arbetsordningen framgår att styrelsens arbete i första hand ägnas åt frågor som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet samt frågor av ovanlig beskaffenhet eller stor betydelse i övrigt. Revisionen noterar att styrelsen inte definierar vad frågor av ovanlig beskaffenhet eller stor betydelse i övrigt är. Ordet beskaffenhet är förbehållet fullmäktige, då fullmäktige i enlighet med 5 kap. 1 § (KL) ska besluta i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget.

I det följande återges i kursiv stil i ruta de avsnitt i den uppdaterade arbetsordningen som revisionen bygger bedömningen i delrapporten på. Därefter återges bestämmelser i aktiebolagslagen (ABL) och kommunallagens motsvarande bestämmelser liksom eventuella bestämmelser i fullmäktiges styrdokument. För varje del framgår revisionens kommentarer. Kommentarer som gäller landstingsstyrelsen kommer att framföras i revisionens delrapport för styrelsen.

---

[1] Dnr: LS 2017-1197
[2] Dnr: LS 2017-1467
[3] Dnr: LS 2015-0385
[4] Dnr: LS 2017-1467
[5] SFS 2005:551
[6] Se årsrapport 2017 för landstingsstyrelsen (dnr: RK 2017-0029) och årsrapport 2017 för Stockholms läns sjukvårdsområde (dnr: RK 2017-0026)
[7] 2018-02-13

Arbetsordningen

Arbetsordningen för styrelsen ska fastställas årligen. Ett exemplar av arbetsordningen ska tillställas varje styrelseledamot och styrelsens sekreterare, sjukvårdsdirektören samt utsedd företrädare för landstingets revisorer.

Av 8 kap. 46 § (ABL) framgår att styrelsen i ett publikt aktiebolag årligen ska fastställa en skriftlig arbetsordning för sitt arbete. Vidare i 9 kap. 1 § (ABL) anges att ett aktiebolag ska ha minst en revisor.

Enligt 5 kap. 44 § (KL) ska fullmäktige anta reglementen om nämndernas verksamhet och arbetsformer. Av 12 kap. 4 § (KL) framgår att fullmäktige även utser de förtroendevalda revisorerna. Enligt kapitlets 8 § ska revisorerna i sin granskning biträdas av sakkunniga som de själva väljer och anlitar i den omfattning som behövs för att fullgöra granskningen. Fullmäktige har utsett 7 förtroendevalda revisorer för SLSO, som biträds av revisionskontoret.

Revisionens kommentarer:

Att styrelsen (nämnden) årligen ska fastställa en arbetsordning härleds till bestämmelsen i ABL. KL innehåller inget motsvarande krav som i ABL utan en nämnds verksamhet och arbetsformer ska regleras i ett reglemente. Bland revisionen (revisorerna tillsammans med sakkunniga) finns ingen utsedd företrädare varav formuleringen är felaktig.

Styrelsens ordförande svarar i samråd med sjukvårdsdirektören för tolkning och tillämpning av denna arbetsordning.

ABL innehåller ett antal bestämmelser[8] som gäller för verkställande direktör. Det betyder att en anställd direktör har en central roll i verksamheten, som också innebär ett straffansvar enligt t.ex. 30 kap. 1–2 §§ (ABL). Enligt 7 kap. 11 p.3 § (ABL) ansvarsprövas styrelsen och VD av en auktoriserad revisor. KL skiljer sig mot ABL eftersom endast de ledamöter nämnden har verksamhetsansvaret enligt 6 kap. 6 (KL)[9] och ansvarsprövas av fullmäktige.

KL innehåller ett fåtal bestämmelser för anställda. På chefsnivå gäller det främst landstings-, region- eller kommundirektören[10] och för övriga förvaltningschefer, motsvarandesjukvårdsdirektören, gäller bestämmelserna för valbarhetshinder, jäv och delegering av beslutanderätt[11]. Bestämmelser för jäv och delegering gäller även anställd som inte har en chefsposition.

[8] Se 8 kap. 27–36 §§ (KL)
[9] Bestämmelsen anger att nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
[10] Se 7 kap. 1–2 §§ (KL)
[11] Se 7 kap. 1–7 §§ (KL)

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens bestämmelse omfattar både ledamöter och sjukvårdsdirektören. Att ordförande svarar i samråd med sjukvårdsdirektören för tillämpning av arbetsordningen innebär att sjukvårdsdirektören är en del av styrelsen (nämnden), vilket en anställd inte kan vara enligt KL. Styrelsen (nämnden) som kollektiv ska svara för tillämpningen av arbetsordningen, medan sjukvårdsdirektören kan bistå i tolkningen av den.

Verksamhet

SLSO bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i enlighet med uppdrag från landstingsfullmäktige.

Styrelsen ansvarar för att verksamheten drivs i enlighet med av landstingsfullmäktige fastställt reglemente, ägarpolicy och ägardirektiv samt övriga styrande dokument. Styrelsen ansvarar också för att dessa styrande dokument omsätts i interna, verksamhetsanpassade riktlinjer och styrande dokument.

Styrelsen ansvarar för att verksamheten bedrivs effektivt och att den interna verksamhetsstyrningen är ändamålsenligt utformad. Styrelsen har ansvar att utforma en god intern kontroll med utgångspunkt i beslut fattade av landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen.

I 3 kap. 1 § (ABL) anges att en bolagsordning bl.a. ska ange föremålet för verksamhet, dvs. utgöra regelverket bolagets verksamhet.

Enligt 6 kap. 6 § (KL) ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I reglementet och specifika ägardirektivet regleras SLSO:s verksamhet och syfte. Enligt *specifika ägardirektivet* är styrelsens ansvar att uppnå fastställda målen inom ramen för de ekonomiska kraven, genomföra övriga uppdrag från landstingsfullmäktige till verksamheten och följa tillämpliga lagar och regler samt av ägaren beslutade styrande dokument. Ägarpolicyn reglerar även styrelsens verksamhetsansvar och uppgifter.

Revisionens kommentarer:

Med utgångspunkt i KL:s bestämmelse ska styrelsen (nämnden) bedriva verksamheten i enlighet med såväl vad fullmäktige beslutat som bestämmelserna i lag eller annan författning som gäller för SLSO. Således är styrelsens (nämndens) ansvar mer omfattande än bara att följa vad fullmäktige har beslutat. Arbetsordningens bestämmelse om intern kontroll följer inte helt bestämmelsen i KL, då nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig.

Styrelsen och dess ansvar

Styrelsen består av ordföranden, samt ytterligare fyra ledamöter samtliga utsedda av landstingsfullmäktige. Till styrelsen ska landstingsdirektören eller av landstingsdirektören utsedd representant adjungeras.

Av ABL:s bestämmelser[12] framgår att bolagsordningen ska ange antalet lägsta och högsta styrelseledamöter respektive styrelsesuppleanter. Bolagsstämman utser styrelsen, dvs. styrelseledamöter och eventuella styrelsesuppleanter. Inom aktiebolagsrätten kan adjungering användas som en möjlighet för en bolagsstyrelse att tillföra kompetens till styrelsens arbete.

Enligt 6 kap. 16 § (KL) ska en nämnd bestå av både ledamöter och ersättare till det antal som fullmäktige bestämmer. Fullmäktige beslutade 2017-12-05 att SLSO:s styrelse ska bestå av fyra ledamöter och en ordförande. Adjungering är inte möjligt för en nämnd. Av 6 kap. 25 § framgår att en nämnds sammanträden ska hållas inom stängda dörrar.[13] Vidare anges i lagen enligt 6 kap. 26 § att en nämnd får kalla de personer[14] som behövs för att lämna upplysningar på sammanträdet. Bestämmelsen innebär att nämnden självständigt beslutar vem som har närvarorätt i syfte att lämna upplysningar på sammanträdet. Valbarhetshinder, som fastslås i 7 kap. 3 § (KL), innebär att en direktör inte är valbar till förtroendeuppdrag i landstinget.

Ägarpolicyn anger att styrelseledamöter utses av landstingsfullmäktige och anmäls på bolagsstämman. I policyn framgår även att suppleanter kan utses. Specifika ägardirektivet anger att till styrelsen ska landstingsdirektören eller av landstingsdirektören utsedd representant adjungeras.

Revisionens kommentarer:

Med utgångspunkt i fullmäktiges beslut har styrelsen inga ersättare, vilket inte är i överensstämmelse med KL. Enligt 7 kap. 3 (KL) kan inte fullmäktige besluta att landstingsdirektören eller av direktören utsedd representant ska ha permanent närvarorätt. Nämnden är självständig att besluta vem som har närvarorätt i syfte att lämna upplysning. Denna fråga kommer revisionen även framhålla i delårsrapport till landstingsstyrelsen. Om en enskild tillåts delta vid styrelsens (nämndens) sammanträde utan formellt stöd finns risk att styrelsen (nämnden) bryter mot KL:s bestämmelse att en nämnds sammanträden ska hållas inom stängda dörrar.

Begreppet adjungerad används inte i KL, utan ordförande, ledamöter och ersättare används som begrepp för de personer som valts till en nämnd.

Den formella möjligheten för styrelsen (nämnden) är att kalla personer enligt KL är om det behövs för att lämna upplysningar på sammanträdet.

---

[12] Se 7 kap. 1, p.7 § (ABL) och 8 kap. 3, 8 §§

[13] Vidare i bestämmelsen anges att nämnden dock får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga, om fullmäktige har medgett det. En nämnds sammanträden ska dock alltid hållas inom stängda dörrar i ärenden: 1) som avser myndighetsutövning, eller 2) i vilka det förekommer uppgifter som omfattas av sekretess hos nämnden.

[14] Ledamot eller en ersättare i fullmäktige, en annan nämnd eller beredning, en revisor, en anställd hos kommunen eller landstinget eller en särskild sakkunnig.

Företrädare för de anställda vid SLSO har närvarorätt vid styrelsens sammanträden med fyra personer. För var och en av dessa fyra företrädare får en ersättare utses. Undantag från närvarorätten gäller för ärenden som avser myndighetsutövning mot enskild, ärenden som avser förhandlingar och konflikter med arbetstagarorganisation samt ärenden som avser upphandling av varor och tjänster.

ABL innehåller flera bestämmelser[15] avseende arbetstagarrepresentanter. Enligt 7 kap. 10 § (KL) får personalföreträdare utses bland de anställda för varje nämnd. Det får högst utses tre personalföreträdare och tre ersättare. Av kapitlets 14 § framgår att personalföreträdare inte har rätt att närvara vid handläggning av: 1) ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild såvida inte ärendet rör en obestämd krets av enskilda, 2) förhandlingar med en arbetstagarorganisation, 3) uppsägningar av kollektivavtal, 4) arbetskonflikter, 5) rättstvister mellan kommunen eller landstinget och en arbetstagarorganisation, 6) eller ärenden som avser beställning eller upphandling av varor och tjänster.

Ägarpolicyn anger att arbetstagarna i ett aktiebolag med minst 25 anställda har rätt att utse styrelseledamöter och suppleanter för dem enligt lagen om styrelserepresentation[16].

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens bestämmelse följer inte KL eftersom lagen anger att högst tre personalföreträdare och ersättare får utses. Arbetsordningens bestämmelse saknar reglering om att personalföreträdare inte får närvara vid styrelsens (nämndens) handläggning av uppsägning av kollektivavtal, rättstvister mellan landstinget och en arbetstagarorganisation och beställning av varor eller tjänster.

Styrelsens arbetsuppgifter

Styrelsen har skyldighet att fortlöpande bedöma SLSO:s ekonomiska situation samt att se till att organisationen beträffande bokföringen och medelsförvaltningen tillförsäkrar och medger en tillfredsställande kontroll.

Enligt 8 kap. 4 § (ABL) ska styrelsen se till att bolagets organisation är utformad så att bokföringen, medelsförvaltningen och bolagets ekonomiska förhållanden i övrigt kontrol-leras på ett betryggande sätt. Bokföring för bolag regleras i årsredovisningslagen[17].

Enligt 6 kap. 6 § (KL) ska nämnder bl.a. tillse att den interna kontrollen är tillräcklig. Frågor om bokföring för kommunal verksamhet regleras i lagen om kommunal redovisning[18] och avseende medelsförvaltningen gäller av fullmäktige antagna riktlinjer.

[15] Se t.ex. 8 kap. 2 och 8 kap. 15 §
[16] SFS nr: 1987:1245
[17] SFS nr: 1999:1078
[18] SFS nr: 1997:614

Revisionens kommentarer:

Eftersom SLSO är en nämnd gäller inte ABL:s bestämmelser. Styrelsens (nämndens) grunduppdrag är att tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med KL:s bestämmelse. Det förutsätter en organisation som omfattar både ekonomi och verksamhet. Likaså en uppföljning som avser såväl ekonomi som verksamhet.

Utöva tillsyn över att sjukvårdsdirektören fullgör sina åligganden och vid behov ge denne kompletterande riktlinjer och anvisningar.

Tillsynsansvaret regleras i 8 kap. 4 § (ABL) i och med styrelsens ansvar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Givet att en VD ska svara för den löpande förvaltningen ska styrelsen utöva ett tillsynsansvar över denne. Motsvarande ansvar anges i ägarpolicyn, där en av styrelsens huvudsakliga uppgift är att följa upp och kontrollera verkställande direktörs förvaltning.

I KL anges att nämnden enligt 6 kap. 3 § beslutar i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om. Nämnderna beslutar också i frågor som fullmäktige har delegerat till dem. Nämndens verksamhetsansvar regleras som tidigare nämnt i 6 kap. 6 § (KL).

Revisionens kommentarer:

Tillsynsansvaret som en bolagsstyrelse har över sin VD är inte överförbart till en förvaltningschef i landstingskommunal verksamhet. För att SLSO:s styrelse ska efterleva bestämmelserna i KL behöver den ha kontroll över förvaltningen som helhet, inte specifikt sjukvårdsdirektören. Förvaltningen bör specifikt ses som ett biträde som bistår styrelsen i dess verksamhetsutövande. I det fall kompletterande riktlinjer och anvisningar ska ges, bör dessa gälla för hela förvaltningen.

Fastställa instruktion för sjukvårdsdirektören samt delegation av beslutanderätt till sjukvårdsdirektören.

Arbetsordningen innehåller flera likalydande bestämmelser:

Styrelsen ska besluta om instruktion avseende arbetsfördelning mellan styrelse och sjukvårdsdirektör.

Styrelsen ska upprätta en skriftlig instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören, av vilken det ska framgå sjukvårdsdirektörens arbetsuppgifter, arbetsfördelning mellan sjukvårdsdirektören och styrelsen samt delegering av beslutanderätt till sjukvårdsdirektören.

Av 8 kap. 4 § (ABL) anges att om vissa uppgifter delegeras till en eller flera av styrelsens ledamöter eller till andra, ska styrelsen handla med omsorg och fortlöpande kontrollera om delegationen kan upprätthållas. I samma kapitel fastslår 46 § att styrelsen i ett publikt aktiebolag i skriftliga instruktioner ska ange arbetsfördelningen mellan å ena sidan styrelsen och å andra sidan den verkställande direktören och de andra organ som styrelsen inrättar. En verkställande direktör ska enligt 29 § sköta den löpande förvaltningen enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar.

Ägarpolicyn anger att styrelsen ska besluta om arbetsordning och instruktion för verkställande direktören. Reglementet fastslår inget motsvarande krav på övriga nämnder, med undantag för Karolinska.

Enligt KL finns endast en bestämmelse om att landstingsstyrelsen ska fastställa en instruktion för landstingsdirektören. Förutsättningar för nämnd att delegera beslutande-rätt slås fast i 6. Kap 37–39 och 7 kap. 5–7 §§ (KL).

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens bestämmelse rörande arbetsordning för sjukvårdsdirektören följer ABL och ägarpolicyn, men inte KL där en fastställd instruktion endast gäller en kommun-, landstings- eller regiondirektör.

Uppdrag till förvaltningschef och tjänstemän i en förvaltning styrs istället genom t.ex. beslut, riktlinjer, instruktioner och rutiner inom särskilda områden eller uppgifter.

Ordförandes uppgifter

Styrelseordförandens roll och ansvar ska också definieras.

Genom regelbundna kontakter med sjukvårdsdirektören aktivt följa SLSO:s verksamhet.

Styrelsens ordförande ska i princip ha tillgång till samma information kring väsentligare frågor i verksamheten som den sjukvårdsdirektören har tillgång till.

ABL anger i 8 kap. 17–18 §§ att en styrelse med mer än en ledamot ska ha en ordförande, som ska leda styrelsens arbete och bevaka att styrelsen fullgör sina huvuduppgifter[19]. Styrelseordföranden ska se till att sammanträden hålls när det behövs. I ABL[20] fastslås att en styrelseordförande för ett bolag har ett straffansvar.

Styrelseordförandes ansvar enligt ägarpolicyn är att se till att styrelsens arbete bedrivs effektivt och att styrelsen fullgör sina åtaganden. I policyn anges sju exempel på uppgifter som styrelseordförande särskilt ska ansvara för, t.ex. tillse att styrelsen erhåller tillfredsställande information och beslutsunderlag, kontrollera att styrelsens beslut verkställs och se till att styrelsen årligen utvärderar sitt arbete.

En nämndsordförandes ansvar enligt KL:s bestämmelser[21] är att kalla till sammanträden, leda sammanträden, lämna upplysningar vid fullmäktiges sammanträden om fullmäktige begär det och vid delegerad beslutanderätt besluta i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas.

Reglementet anger att en ordförande ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträden, leder sammanträden och justerar sammanträdesprotokoll.

[19] Se 8 kap. 4-5 §§ (ABL).
[20] Se 29 kap och 30 kap i ABL.
[21] Se 5 kap. 41 § och 6 kap.

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens bestämmelse följer bestämmelserna i ABL och ägarpolicyn, vilka reglerar aktiebolag. En ordförande har kommunalrättsligt ingen annan ställning än någon annan del av styrelsen förutom de frågor som rör att utfärda kallelser, leda sammanträden och se till att protokoll förs. Således finns inget krav att ytterligare definiera ordförandes roll och ansvar i en arbetsordning.

Slutsatsen avseende ägarpolicyns bestämmelse för styrelser som bedrivs i bolagsliknade former kommer att riktas mot landstingsstyrelsen i revisionens delrapport.

Övervaka att styrelsens övriga ledamöter genom sjukvårdsdirektörens försorg fortlöpande får den information som behövs för att styrelsen ska kunna utvärdera hur uppdraget utförs, bedöma SLSO:s ekonomiska ställning och uppmärksamt följa SLSO:s utveckling.

Ansvara för att styrelsen korrekt fullgör sina centrala lagstadgade uppgifter och att handläggningen av styrelseärenden sker i formell överensstämmelse med landstingets styrande dokument och denna arbetsordning.

Arbetsordningen innehåller flera bestämmelser som är i princip likalydande:

Ordföranden förbereder styrelsens sammanträden i samråd med sjukvårdsdirektören. Sjukvårdsdirektören administrerar styrelsens arbete och har huvudansvaret för föredragningar och information om ärenden på dagordningen.

Ordföranden ska tillsammans med sjukvårdsdirektören förvissa sig om att ledamöterna i god tid får tillräckligt belysande underlag för alla ärenden som föreläggs styrelsen, som information eller som underlag för beslut i styrelsen.

Ordföranden ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträden. Kallelsen ska vara skriftlig och innehålla tid och plats för sammanträdet. Föredragningslista upprättas av ordföranden i samråd med sjukvårdsdirektören.

Av 8 kap. 17 § (ABL) framgår att styrelsens ordförande ska se till att sammanträden hålls när det behövs. Enligt kapitlets 21 § får beslut inte fattas i ett ärende, om samtliga styrelseledamöter inte fått ett tillfredsställande underlag för att avgöra ärendet. Ansvaret att beslutsunderlagen är tillfredsställande åvilar den som tillhandahåller materialet, vanligen styrelsens ordförande eller verkställande direktör.[22] Av ägarpolicyn framgår att styrelsens ordförande efter samråd med verkställande direktören ska fastställa förslag till dagordning för styrelsens sammanträde.

I 5 kap. 53–56 §§ (KL)[23] regleras att ett sammanträde kräver ledning av en ordförande. Sammanträdet kan ledas av ordinarie ordförande eller vid dennes förhinder en närvarande ledamot som utses till ordförande. Nämnden bestämmer enligt 6 kap. 23 § (KL) om tid och plats för sina sammanträden. Enligt 6 kap. 26 § får

[22] Hämtat från Karpov Groups kommentar till ABL.
[23] I 6 kap. 33 § (KL) görs en hänvisning till bestämmelserna i 5 kap. 53-56 §§ (KL).

nämnden kalla de personer som behövs för att lämna upplysningar på sammanträdet.

Att ett sammanträde förutsätter ledning av en ordförande fastslås även i reglementet.[24] Enligt reglementet ansvarar ordföranden för att bl.a. kallelse utfärdas till sammanträdena. I reglementet regleras inte förvaltningschefers ansvar och uppdrag, vilket förklaras av att ett reglemente ska reglera nämndernas verksamhet och arbetsformer; inte anställda.

Revisionens kommentarer:

Som tidigare beskrivet är styrelsen (nämnden) ett kollektiv som har ett gemensamt ansvar att verksamheten bedrivs enligt 6 kap. 6 § (KL). KL:s bestämmelse innebär även att det är styrelsen (nämnden) som begär den information som krävs för att styrelsen ska uppfylla sitt verksamhetsansvar.

Arbetsordningens bestämmelser gäller även för sjukvårdsdirektören. Det innebär att sjukvårdsdirektören är en del av styrelsen vilken denne inte kan vara enligt KL.

Ordförande har kommunalrättsligt ingen annan ställning än någon annan del av styrelsen förutom de frågor som rör att utfärda kallelser, leda sammanträden och se till att protokoll förs. Att kalla till sammanträden innebär att ordförande ansvarar för att ärenden med dess beslutsunderlag som styrelsen ska handlägga är tillräckligt kvalitativa och belysta. Arbetsordningens bestämmelser kan uppfattas som att beslutsunderlagen upprättas i samråd mellan ordförande och sjukvårdsdirektören. I en nämnds administration, där ärendeberedningsprocessen ingår, bereds ärenden och upprättas beslutsunderlagen som krävs för ett beslut i nämnden av tjänsteman inom förvaltningen. Vid avvikande mening kan ordförande (som är ansvarig för att beslutsunderlagen skickas ut) eller nämnden antingen uppdra till tjänsteman att göra ett tillägg till tjänsteutlåtandet/tjänsteskrivelsen eller bilägga egen skrivelse. På så sätt skiljs tjänstemännens respektive nämndens bedömning åt.

Besluta i ärenden som är så brådskande att styrelsens avgörande inte kan avvaktas (6 kap. 36 KL).

Som tidigare beskrivet innehåller såväl ABL som KL bestämmelser rörande delegering av beslutanderätt. Av 6 kap. 39 § (KL) får en nämnd uppdra att ordföranden, eller en annan ledamot som nämnden har utsett, att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Enligt kapitlets 40 § ska nämnden besluta i vilken utsträckning beslut som har delegerats ska anmälas till den.

[24] I reglementet fastslås att om varken ordföranden eller vice ordföranden kan närvara vid ett sammanträde med nämnden, utser nämnden en annan ledamot att för tillfället vara ordförande. Tills valet har förrättats fullgör den i tjänsten äldste ledamoten i nämnden ordförandens uppgifter.

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningen bestämmelse är delegering av beslutanderätt som vanligtvis ingår i styrelsens (nämndens) delegationsordning. I det fall bestämmelsen ska kvarstå i arbetsordningen behöver styrelsen (nämnden) besluta hur ordförandes beslut ska anmälas till styrelsen (nämnden).

Sammanträden

Sjukvårdsdirektören kan delegera till medarbetare att vara föredragande i enskilt ärende

Som tidigare beskrivet innehåller såväl ABL som KL bestämmelser rörande delegering av beslutanderätt. Nämnden får kalla de personer som behövs för att lämna upplysningar på sammanträdet.

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens bestämmelse är ingen delegation utan nämnden kallar de personer som behövs för att lämna upplysningar på sammanträdet.

(...) Varje beslutsärende på styrelsens dagordning ska åtföljas av ett underlag. Av detta ska framgå frågeställningen samt förslag till beslut som sjukvårdsdirektören önskar föreslå styrelsen.

Som tidigare beskrivet reglerar ABL kraven på beslutsunderlagen för en bolagsstyrelse beslutsfattande.

KL ställer inget formellt beredningskrav av ärenden i nämnder i jämförelse med fullmäktiges ärenden. I KL finns inte några specifikt uttalade krav på kvaliteten i beredningen av ett ärende. I förvaltningslagens[25] 9 § anges att ett ärende ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Detta är ett riktmärke för kvaliteten i ärenden och i dess beslutsunderlag.

Revisionens kommentarer:

Det är förvaltningen, inte sjukvårdsdirektören som enskild, som föreslår styrelsen vilket beslut som bör fattas.

Sjukvårdsdirektören ansvarar för att ett ärende som omfattas av primär förhandlingsskyldighet eller primär informationsskyldighet enligt MBA eller MBL, blir föremål för förhandling med de anställdas fackliga organisationer innan ärendet ska beslutas av styrelsen. I anslutning till ett sådant ärende ska informeras om huruvida de fackliga organisationerna har tillstyrkt eller avstyrkt den föreslagna förändringen.

[25] SFS nr: 2017: 900.

Revisionens kommentarer:

Utgångspunkten är att styrelsen, som arbetsgivare, har ansvar för att förhandlings- och informationsskyldigheten efterlevs. Ansvaret kan inte överföras till sjukvårdsdirektören utan denne kan få till uppgift att förhandla aktuella ärenden med personalorganisationer inför styrelsens (nämndens) beslut.

Om minst tre ledamöter begär det ska extra sammanträde hållas. Sådan begäran ska framställas till styrelsens ordförande eller till sjukvårdsdirektören som har att omedelbart samråda med styrelsens ordförande. Därefter kallas till extra styrelsesammanträde.

Av 6 kap. 22 § (KL) framgår att nämnderna bestämmer tid och plats för sina sammanträden. Sammanträden ska hållas om minst en tredjedel av nämndens ledamöter begär det eller om ordföranden anser att det behövs.

Reglementet reglerar att nämnden bestämmer tiden för sina sammanträden varje år. Nämnden sammanträder också när ordföranden anser att det behövs eller när minst en tredjedel av ledamöterna begär det.

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens formulering överensstämmer inte helt med KL och reglementet.

Protokoll

(...) Om en ledamot som har reserverat sig mot ett beslut vill motivera reservationen ska ledamoten göra detta skriftligt.

Fullständiga protokoll ska tillställas revisorer och revisorsersättare.

Av 4 kap. 27 § (KL) framgår att en förtroendevald som har deltagit i avgörandet av ett ärende får reservera sig mot beslutet. Reservationen ska anmälas innan sammanträdet avslutas. Reservationen får vara motiverad eller omotiverad (blank) och kan vara skriftlig eller muntlig.[26]

Reglementet fastslår att om en ledamot som har reserverat sig mot ett beslut vill motivera reservationen ska ledamoten göra detta skriftligt. Motiveringen ska lämnas till nämndens sekreterare före justering och senast dagen efter sammanträdesdagen.

Revisionens kommentarer:

Det kan konstateras att reglementets krav rörande reservation inte följer KL:s bestämmelse, vilket kommer att riktas mot landstingsstyrelsen i revisionens delrapport. I och med att arbetsordningens bestämmelse är likalydande som reglementet, följer arbetsordningen heller inte KL.

[26] Madell Tom, Lundin Olle (2018). Kommunallagen en kommentar, Författarna och Norstedts juridik AB, s.107.

Revision

Revisorerna ska granska att SLSO:s verksamhet bedrivs effektivt och ändamålsenligt, att den interna kontrollen är tillräcklig och att räkenskaperna är rättvisande.

Styrelsen och sjukvårdsdirektören ska ge revisorerna tillfälle att genomföra granskningar i den omfattning som revisorerna anser vara nödvändig samt lämna de upplysningar och det biträde som revisorerna begär.

I KL:s 12 kapitel regleras revision av kommunal verksamhet. Av 1 § framgår att revisorerna granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionssed all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig. Av 9 § framgår att bl.a. nämnderna, de enskilda ledamöterna och de anställda är skyldiga att lämna revisorerna de upplysningar som behövs för revisionsarbetet.

Revisionens kommentarer:

Arbetsordningens beskrivning av revisorer och revisionen överensstämmer inte med KL:s bestämmelser om revision. Möjlighet till granskning ska inte ges utan styrelsens ledamöter och de anställda är skyldiga att lämna revisorerna de upplysningar som behövs för revisionsarbetet.

Justerat Agneta Dreber Ann-Christine Jenvén

§ 6

Yttrande över landstingsrevisorernas årsrapport 2017 för Stockholms läns sjukvårdsområde
SLSO 18-723

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna förvaltningens yttrande över landstingsrevisorernas årsrapport

att överlämna yttrandet till revisorerna i revisorsgrupp II.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Sjukvårdsdirektören

SLSO 2018-05-28 p 6
BESLUTSUNDERLAG
2018-05-17

SLSO 18-723

Yttrande över landstingsrevisorernas årsrapport 2017 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet

Revisorerna i revisorsgrupp II har vid sammanträde 2018-04-10 beslutat att överlämna årsrapport 2017 till styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2018-09-28. 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 som utifrån genomförd granskning bedöms vara inte helt tillräcklig.

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 landstingsrevisorernas delårsrapport 2017 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 arbetsordning med instruktion och delegation till sjukvårdsdirektören samt vidaredelegation inom förvaltningen delegationsordning. SLSO kommer framöver kontinuerligt att uppdatera delegationsordningen för att säkerställa dess aktualitet samt under året följa och säkerställa att delegationsbeslut fattas och redovisas på ett korrekt sätt. SLSO kommer även att under året fortsätta arbetet med att utveckla styrelsens arbetsformer. SLSO har skapat ett kansli med ett särskilt ansvar för arbetet med styrelsen arbetsformer.

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

SLSO har påbörjat ett omfattande arbete med att stärka den interna kontrollen av hjälpmedelsverksamheten. Det har tagits fram en åtgärdsplan där en förstärkning av bokslutsprocessen, en översyn av inventarier, inköp samt en samlokalisering av upphandlingsfunktionen där upphandlarna för hjälpmedelsverksamheten sedan våren 2018 är samlokaliserade med inköp och upphandling centralt på SLSO ingår.

Hjälpmedelsverksamheten är komplex och avtalens konstruktion innebär att vissa delar, som exempelvis beställningsportalen, ligger utanför SLSO:s kontroll.

Tillsammans med en extern konsult har hjälpmedelsverksamheten tagit fram skriftliga rutiner och en instruktion för bokslutsprocessen. En rekrytering av lokala ekonomer pågår. Arbetet påbörjades i januari 2018 och förväntas pågå fram till sommaren 2018.

Arbetet med att genomföra en risk- och konsekvensanalys gällande attest vid inköp utan avtal inom hjälpmedelsverksamheten har påbörjats. SLSO arbetar aktivt med att stärka hanteringen av delegationsbeslut angående inköp för hela förvaltningen samt förstärka kontrollen av delegationsbeslut som rapporteras till styrelsen. Detta blir en del i arbetet med att stärka styrelsens arbete och ansvar och kontroll. Arbetet med att stärka den interna kontrollen kommer att fortgå under 2018.

Revisorerna påpekar att SLSO bör arbeta för att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat och att beroendet har ökat ytterligare under året. SLSO arbetar kontinuerligt med att minska beroendet av hjälpmedelsverksamheten och kommer att fortsätta detta arbete under 2018.

SLSO arbetar vidare med att stärka de resultatenheter som visar ett negativt ekonomiskt resultat. Inom primärvården har det tagits fram ett 7-stegs program där ledningen för verksamhetsområdet arbetar för att stärka de enheter som visar ett negativt resultat. Resultatet hittills under 2018 visar på en förbättring jämfört med samma tid föregående år. När det gäller övriga verksamhetsområden har SLSO i vissa fall fått förändrade uppdrag under året vilket har påverkat förutsättningarna för verksamheterna. Anpassningen till de förändrade förutsättningarna har inte nåtts fullt ut under året. Diskussioner om förändringar i avtalen pågår med hsf.

Styrelsen kommer under 2018 att 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

att överlämna yttrandet till revisorerna i revisorsgrupp II.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör