Region Stockholm

13

Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2018 för hälso- och sjukvårdsnämnden

HSN 2019-1050

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Styrning och ekonomi
Kristin Blixt

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-08-08

HSN 2019-1050

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2018 för hälso- och sjukvårdsnämnden

Ärendebeskrivning
Regionrevisorerna har översänt årsrapport 2018 till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas årsrapport 2018 för hälso- och sjukvårdsnämnden

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionrevisorerna.

2. Beslutet justeras omedelbart.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Inom ramen för den årliga granskningen prövas om verksamheten har bedrivits på ett ändamålsenligt och ur ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat
Det ekonomiska resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande. Det verksamhetsmässiga resultatet har delvis inte uppnåtts. Sammantaget bedöms det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande. Bedömningen innebär en förbättring jämfört med 2017.

Intern styrning och kontroll

Regionrevisorernas granskning har visat på avvikelser inom några områden som enligt revisionens bedömning visar att nämndens styrning och kontroll fortsatt behöver stärkas. Det gäller liksom för 2017 framförallt inom upphandlingsområdet och arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS). Därutöver behöver även uppföljning av informationssäkerhet i upphandlad verksamhet från privata utförare stärkas. Revisionen bedömer att nämnden bland annat behöver tydliggöra roller och ansvar samt stärka sitt uppföljningsarbete. Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, inte vara helt tillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2017.

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

Förvaltningens kommentarer
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har nogsamt iakttagit och beaktat regionrevisorernas granskning. Förvaltningen har tillsammans med revisorerna diskuterat granskningens iakttagelser och i samtliga avseenden pågår eller planeras ett arbete inom förvaltningen för att utveckla de delar som revisorerna uppmärksammat kan stärkas.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas inte ge några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut förväntas inte ge några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut förväntas inte ge några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas inte ge några konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas inte ge några administrativa konsekvenserna för vårdgivarna.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-08-08

Region Stockholm

Regionrevisorerna

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018–0031

Hälso- och sjukvårdsnämnden

ÅRSRAPPORT 2018
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2019-04-02 att överlämna rapporten till styrelsen för Hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2019-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

ÅRSRAPPORT 2018

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Region Stockholm

Regionrevisorerna

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018–0031

Hälso- och sjukvårdsnämnden

ÅRSRAPPORT 2018
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2019-04-02 att överlämna rapporten till styrelsen för Hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2019-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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

Sammanfattning – Hälso- och sjukvårdsnämnden

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

Bedömning för år 2018

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

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till 585 mnkr, vilket är 585 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet delvis har uppnåtts, även om förbättringar skett. Fullmäktiges mål om tillgänglighet har i huvudsak uppnåtts medan säker vård och hög effektivitet är svårare att bedöma då antalet indikatorer inte är heltäckande. Slutligen har fullmäktiges mål om högt förtroende för vården inte uppnåtts. HSN bör enligt revisionens mening även fortsättningsvis verka för dels att nedbrutna mål och indikatorer mer fullständigt täcker verksamheten, dels utveckla ytterligare indikatorer för att få en mer heltäckande bild av de övergripande målen och måluppfyllelsen. Det finns även uppdrag från fullmäktige som revisionen bedömer inte är avslutade.

Totalt antal vårdtillfällen har minskat med 1,0 procent jämfört med 2017.

Det ekonomiska resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande. Det verksamhetsmässiga resultatet har delvis inte uppnåtts. Sammantaget bedöms det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande. Bedömningen innebär en förbättring jämfört med 2017.

Intern styrning och kontroll

Årets granskning har visat på avvikelser inom några områden som enligt revisionens bedömning visar att nämndens styrning och kontroll fortsatt behöver stärkas. Det gäller liksom för 2017 framförallt inom upphandlingsområdet och arbetet med FHS.

Därutöver behöver även uppföljning av informationssäkerhet i upphandlad verksamhet från privata utförare stärkas.

Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver vidta ytterligare åtgärder och fortsätta förbättringsarbetet innan en tillräcklig intern styrning och kontroll av upphandlingsverksamheten kan säkerställas. T.ex. behöver rutiner utformas för en systematisk uppföljning av upphandling av interna varor och tjänster respektive upphandling av vårdtjänster. Ingen av revisionens tidigare rekommendationer på upphandlingsområdet bedöms har åtgärdats i sin helhet, även om vissa insatser har påbörjats.

Revisionen menar att hälso- och sjukvårdens politiska organ behöver ta ett aktivt ansvar för arbetet med FHS. Arbetet behöver stärkas inom flera områden. Det gäller exempelvis en av de bärande idéerna i Framtidsplanen, nämligen utvecklandet av en nätverkssjukvård där revisionen bedömer att det akuta omhändertagandet behöver utvecklas. Vidare är vårdnivåerna inte enhetliga och de ekonomiska incitamenten inte tillräckligt tydliga för att patientstyrningen ska fungera. Det finns inte heller något beslutat sätt att mäta och följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet i sjukvården trots att ett av målen i FHS är effektivare vård. Revisionen menar att en samlad analys av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna fått för vårdsystemet behöver göras så att en ny parlamentarisk utredning kan bygga vidare på erfarenheter från hittills genomfört arbete.

Nämnden behöver skapa rutiner för uppföljning av informationssäkerhet gentemot privata vårdgivare, vilket understryks av den nyligen inträffade händelsen med känslig patientinformation från 1177.se som lagrats oskyddad.

Revisionen bedömer sammanfattningsvis att nämnden bör fortsätta att utveckla arbetet inom upphandlingsområdet, därutöver behöver nämnden bland annat tydliggöra roller och ansvar samt stärka sitt uppföljningsarbete.

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

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1 Årlig granskning 1

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 1
- 2.1 Ekonomiskt resultat 2
- 2.2 Verksamhetsmässigt resultat 4
- 2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 11

3 Intern styrning och kontroll 12
- 3.1 Ekonomistyrning 12
- 3.2 Upphandlingsverksamhet 13
- 3.3 Riskanalys och internkontrollplan 2018 14
- 3.4 Framtidens hälso- och sjukvård 15
- 3.5 Ansvaret för investeringar i vårdens fastigheter 18
- 3.6 Hantering och diarieföring av allmänna handlingar 18
- 3.7 Ledningsnära kostnader och representation 21
- 3.8 Rutiner för attest av konsultfakturor 22
- 3.9 Informationssäkerheten hos privata vårdgivare 23
- 3.10 Förberedelser inför dataskyddsförordningen 24
- 3.11 Intern kontroll vid löneutbetalningar 27
- 3.12 Rapportering av avvikelser i arbetsmiljöarbete 28
- 3.13 Avrapporterade granskningar i delrapport 28
- 3.14 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 31
- 3.15 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 32
- 3.16 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll 32

4 Räkenskaper 33
- 4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse) 33
- 4.2 Specialdestinerade statsbidrag 33
- 4.3 Konsultkostnader 34
- 4.4 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 34
- 4.5 Samlad bedömning av räkenskaper 34

5 Nämndens yttrande över delrapport 2018 34

Bilaga 1 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Bilaga 2 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Bilaga 3 Yttrande över delrapport 2018

1 Årlig granskning

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

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

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt reglementet för att utöva ledning av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvård i enlighet med 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Vidare ska nämnden utöva ledning av folktandvården i enlighet med 11 § tandvårdslagen (1985:125) och av landstingets samlade insatser enligt 22 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessutom ska nämnden utse smittskyddsläkare enligt smittskyddslagen (2004:168) och ansvara för beslut angående samordningsförbund enligt lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Under nämnden har det 2018 funnits ett utskott för framtidens hälso- och sjukvård, tre sjukvårdsutskott, tre lokala sjukvårdsstyrelser och sju programberedningar för gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor.

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

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

I granskningen har revisorerna biträtts av landstingets revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Camilla Graf Morin och Åsa Elffors m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Rebecka Hansson m.fl. vid PwC.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2018	Bokslut 2018	Bokslut 2017
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	63 104	63 622	60 099
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-63 104	-63 036	-59 742
Varav omställningskostnader	- 36	-36	-36
Årets resultat	**0**	**585**	**357**
Balansomslutning (mnkr)		7 541	8 051
Årsarbetare (antal)	625	623	708

Årets resultat uppgår till 585 mnkr, vilket är 585 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Vid delårsrapporteringen prognostiserades ett överskott på 400 mnkr. Resultatet har påverkats positivt av jämförelsestörande poster med 373 mnkr. Resultatet för 2018 är 228 mnkr högre än 2017 års utfall.

2.1.1 Jämförelse med budget 2018

Hälso- och sjukvårdsnämndens intäkter uppgår till 63 622 mnkr, vilket är 518 mnkr (0,8 procent) högre än budgeterat. De högre intäkterna förklaras av posten övriga bidrag är som är 444 mnkr högre jämfört med budget och posten övriga intäkter som är 74 mnkr högre än budget. Att övriga bidrag är högre än budget förklaras av att flera statsbidrag beslutats efter att landstingets budget fastställts, bland annat den så kallade personalmiljarden (55 mnkr), bidrag för att förstärka insatser för kvinnors hälsa (32 mnkr), bidrag för förlossningsvården (195 mnkr) samt ersättning för extra kostnader för akutsjukvården sommaren 2018 (91 mnkr). Dessa medel har vidareförmedlats från koncernfinansiering och utgör jämförelsestörande poster.

Överskottet i posten övriga bidrag förklaras även av högre ersättning på 46 mnkr för moms hos privata utförare (det s.k. 6 procent-statsbidraget) vid upphandling, rehabiliteringsgarantin, 13 mnkr samt avslutade projekt inom psykiatri, 12 mnkr.

Övriga intäkter var, som nämns ovan, 74 mnkr högre än budgeterat, vilket till övervägande del förklaras av avslutade projekt, även dessa inom psykiatri (73 mnkr).

Verksamhetens kostnader exkl. avskrivningar och finansiella poster uppgår till 63 026 mnkr, vilket är 64 mnkr (ca 0,1 procent) lägre än budgeterat. I jämförelse med budget är bemanningskostnaderna 16 mnkr lägre än budgeterat, köpta vårdtjänster 20 mnkr högre och läkemedel 10 mnkr högre. Budgetavvikelsen för läkemedel förklaras främst av ökade kostnader för smittskyddsläkemedel. Lokal- och fastighetskostnader är 34 mnkr högre jämfört med budget medan IT- och telekostnader är 43 mnkr lägre än budgeterat. Övriga kostnader är 66 mnkr lägre jämfört med budget, vilket bland annat förklaras av återbetalning av strategiska fastighetskostnader med 100 mnkr från Södersjukhuset. HSN vidareförmedlar medlen för de strategiska investeringarna till sjukhusen enligt omställningsavtalet med sjukhusen. Omställningsavtalet fastställer att vårdgivaren inom en ekonomisk ram som ska täcka uppdraget erhåller ersättning för Strategiska fastighetsinvesteringar och tillhörandeutrustning

och inventarier. Det är sjukhusen som har kostnaderna för investeringarna.

Omställningskostnaderna uppgår till 36 mnkr vilket överensstämmer med budgeterat belopp. Avskrivningar är 5 mnkr lägre jämfört med budget eftersom tidigare investeringar varit lägre än budgeterat.

Årets investeringar uppgår till drygt 4 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 5 mnkr. Investeringarna avser främst FRAPP (framtida IT-plattform för prehospital vård). Investeringar och reinvesteringar har även varit lägre än planerat 2018.

2.1.2 Jämförelse med 2017 års utfall

Jämfört med 2017 har intäkterna ökat med 3 523 mnkr (5,9 procent), vilket framför allt beror på ökat verksamhetsanslag som påverkar jämförelsen mellan åren med 1 086 mnkr. Höjningen av verksamhetsanslaget för ST/ AT-ersättning, som tidigare budgeterats under landstingsstyrelsen, uppgår till 714 mnkr. En ytterligare höjning av verksamhetsanslaget avser 340 mnkr framförallt för särskild satsning på förbättrad tillgänglighet.

Övriga bidrag ökade med 450 mnkr (26 procent) jämfört med föregående år, vilket bland annat förklaras av moms hos privata utförare (det s.k. 6 procent-statsbidraget) vid upphandling på 67 mnkr samt ökade statsbidrag som vidareförmedlats från koncernfinansiering på 373 mnkr, personalmiljarden (55 mnkr), bidrag för att förstärka insatser för kvinnors hälsa (32 mnkr), bidrag för förlossningsvården (195 mnkr) samt ersättning för extra kostnader för akutsjukvården sommaren 2018 (91 mnkr).

Verksamhetens kostnader har jämfört med 2017 ökat med 3 295 mnkr (5,5 procent). Ökningen kan bland annat härledas till att köpta vårdtjänster ökat med 2 683 mnkr (5,4 procent) jämfört med föregående år, vilket delvis förklaras av omställningsavtalen för akutsjukhusen, Capio S:t Göran, närakuter, AT/ST-ersättningar samt utomlänsvård. Läkemedelskostnaderna har ökat med 313 mnkr, (5,6 procent) och lokal- och fastighetskostnader har ökat med 54 mnkr (30 procent) jämfört med föregående år. Övriga kostnader har ökat med 380 mnkr (11,7 procent) jämfört med föregående år. Detta förklaras bland annat av kostnader för strategiska fastighetsinvesteringar till sjukhusen inom ramen för omställningsavtalet (156 mnkr), AT/ST-ersättning, digitala vårdgarantin, hyreskostnader för parkeringsgarage vid Karolinska universitetssjukhuset samt av kostnader för insatser med anledning av ovan nämnda statsbidrag, ersättning för extra kostnader för akutsjukvården sommaren 2018 (91 mnkr), förstärkning inom förlossningsvården (195 mnkr), personalmiljarden (53 mnkr).

Kostnadsutvecklingstakt

	2014	2015	2016	2017	2018
Kostnadsutveckling					
Exkl. avskrivningar o finansnetto	5,0%	4,6%	4,5 %	4,5 %	5,5 %

Enligt landstingets budget för 2018 ska landstingets underliggande kostnadsökningstakt över tid begränsas till i genomsnitt 3,3 procent. HSN har över åren 2014–2018

haft en genomsnittlig årlig kostnadsökning på 4,8 procent[1]. Kostnadsökningen mellan 2017 och 2018 var 5,5 procent, vilket är en högre takt än mellan 2016 och 2017 då den uppgick till 4,5 procent.

2.1.3 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att resultatet överstiger resultatkravet. Nämndens ekonomiska resultat bedöms, i likhet med 2017, vara tillfredsställande. Jämförelsestörande poster bör, för att underlätta analysen, preciseras och kommenteras i enlighet med RKR:s anvisningar

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

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

2.2.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Fullmäktiges övergripande mål om tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården har brutits ned i fyra delmål och 13 mätbara indikatorer. Delmålen är *vård i rätt tid och på rätt plats, säker vård, hög effektivitet samt högt förtroende för vården*. Det första delmålet omfattar från och med 2018 inte bara vård i rätt tid utan även vård på rätt plats.

Antalet indikatorer har för 2018 utökats från elva till 13. Förändringen av antalet indikatorer 2018 härrör från att vårdgarantin tidigare mättes genom ett sammanvägt index och den nya indikatorn beställarens köpkraft.

Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården	**Mål 2018**	**Bokslut 2018**	**Bokslut 2017**	**Klarat målet**	**Förändring 2017-2018**
Landstingsfullmäktiges mål					
Vård i rätt tid och på rätt plats					
Andel specialistläkarbesök som utförs specialistläkare utanför akutsjukhus[2]	≥ 55 %	55 %	53 %	Ja	↗
Andel besök på närakuter i förhållande till besök på akutsjukhusens akutmottagningar	≥ 40 %	48,6 %	38,1%	Ja	↗
Andel patienter som får vård inom fem dagar hos husläkare[3]	≥ 90 %	92 %	-	Ja	
Andelen patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	≥ 73 %	73 %	72 %	Ja	↗
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	≥ 90 %	85 %	84 %	Nej	↗

[1] Geometriskt medelvärde
[2] Ny indikator från 2018, beslutad av landstingsfullmäktige.
[3] Från 2018 mäts indikatorn månadsvis. Samtliga 3 indikatorer som mäter tillgängligheten 5-30-90 redovisas från och med 2018 separat i stället för som tidigare i ett sammanvägt index.

Säker vård					
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner (*)[4]	≤ 8,1 %	7,1 %	7,5 %	Ja	↗
Återinläggning inom sju dagar inom slutenvården för personer 80+[5]	≤ 7,5 %	8,2[6] %	8,3 %	Nej	↗
Antibiotikaförskrivning[7]	≤ 325	313	331	Ja	↗
Hög effektivitet					
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	≥ 70 %	74,8 %	67,4 %	Ja	↗
Följsamhet till kloka listan	≥ 86 %	84 %	84 %	Nej	→
Beställarens köpkraft[8]	≥ 85,3 %	87,4 %	87,8 %	Ja	↘
Högt förtroende för vården					
Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården (*)	≥ 65 %	58 %	60 %	Nej	↘
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra (*)	≥ 82 %	76 %	78 %	Nej	↘

* Indikatorerna mäts endast vid 1-2 tillfällen om året.

Av de totalt 13 indikatorer som mäter fullmäktiges övergripande mål 2018 uppnår åtta sitt målvärde. Detta är en förbättring jämfört med 2017, men är även en uppåtgående trend de senaste åren.

Av de fem indikatorer som finns under delmålet Vård i rätt tid och på rätt plats uppnår fyra av fem sitt målvärde. Det är bara *tillgängligheten till behandling inom 90 dagar* som inte når målet. Det är en förbättring jämfört med 2017 då varken indikatorn om *besök på närakuter* eller indikatorn om *uppfyllelsegrad av vårdgarantin* uppnådde sitt målvärde[9]. Under 2018 har satsningar gjorts utifrån extra tillförda medel i syfte att öka tillgängligheten och minska köerna på akutsjukhusen[10].

Under delmålet hög effektivitet finns en för 2018 ny indikator som uppnår sitt målvärde; *beställarens köpkraft*. Med det avses köpkraft som beställare/finansiär av hälso- och sjukvård, det vill säga genom att följa om beställaren/finansiären får mer eller mindre vård för pengarna räknat i fast priser. Köpkraft mäts i regionen sedan 1999. Mellan åren 2006 till 2011 steg köpkraften, Enligt HSN:s årsrapport är detta

[4] Från och med 2018 är urvalet för indikatorn all slutenvård (mot tidigare somatisk slutenvård) utifrån det uppdaterade nationella handlingsprogrammet för VRI. Samtliga resultat i tabellen avser all slutenvård, se HSN:s årsrapport 2018 avsnitt 2.6.1.
[5] Mäts från 2018 och ersätter indikatorn 1-30 dagars återinläggningsfrekvens inom slutenvården för personer 65+ enligt beslut i fullmäktige.
[6] På grund av tekniska mätproblem kan endast 11 månader redovisas. Detta mätproblem är återkommande då december månads resultat kommer i början av februari.
[7] Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år
[8] Ny indikator 2018.
[9] De tre sistnämnda indikatorerna under delmålet slogs 2017 ihop till en: uppfyllelsegrad vårdgarantin
[10] HSN 2017-2117 Särskild tillgänglighetssatsning år 2018 och HSN 2018-0056 Strategi för god tillgänglighet

främst en följd av ökad vårdkonsumtion. Därefter följde en period då köpkraften endast förändrades i mindre omfattning. För 2017 ökade köpkraften medan den för 2018 minskat något.

Ingen av de två indikatorer som mäter förtroendet för vården uppnår sitt målvärde 2018. Den ena av dem som mäts genom en nationell patientenkät (*Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra*) har utvecklats negativt sedan 2017 och ligger i nivå med rikssnittet medan den andra som mäts genom hälso- och sjukvårdsbarometern (*Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården*) har utvecklats negativt sedan 2017 och ligger under rikssnittet, men i nivå med Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I HSN:s årsbokslut kommenteras detta och åtgärder anges som t.ex. förslag om att öka möjligheterna till fast läkarkontakt och ett fortsatt ökat fokus på digitalisering, vilket skulle kunna ha en positiv effekt på utfallet av indikatorn *Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra*.

Positivt är att indikatorn om antibiotikaförskrivning under delmålet säker vård numera uppnår sitt målvärde. Detta är en följd av att antalet uthämtade recept kraftigt har minskat i länet. Minskningen är större i Stockholms län än nationellt. Någon analys av detta har inte genomförts men enligt HSN kan en anledning till minskningen vara en ökad medvetenhet hos både patienter och förskrivare om att inte använda antibiotika i onödan. Vissa nationella behandlingsrekommendationer har också publicerats, som rekommenderar en minskad antibiotikaförskrivning.

Utvecklingen av digitala tjänster har betydelse bland annat för målet om tillgänglighet och målet om säker vård. Även om användningen och därmed kostnaden, har ökat utgör kostnaden fortfarande endast en liten andel av den totala kostnaden för sjukvården i länet. Området bedömdes vara ett prioriterat område i HSN:s interna kontrollplan 2018 men finns inte med som riskområde i den interna kontrollplanen för 2019. Under 2019 planerar HSN att genomföra en mer fördjupad analys av utvecklingen av digitala vårdmöten och hur dessa relaterar till den fysiska vården. Uppföljning och analys av digitala vårdmöten uppges fortsatt att vara en del av det löpande arbetet i förvaltningen[11]. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2018 påbörjat en tillsynsinsats av digitala vårdtjänster som ett första steg i tillsynen genomfört en förstudie. Utifrån förstudien konstateras att det finns möjliga risker för patienter kopplat till att vården bedrivs digitalt. IVO ska därför fortsatt granska att de vårdgivare som bedriver vård digitalt har ett systematiskt kvalitetsarbete för att hantera dessa risker.

Revisionen har tidigare framfört att HSN bör verka för att nedbrutna mål och indikatorer mer fullständigt täcker den verksamhet som nämnden bedriver, bl.a. inom området *valfrihet* i huvudmålet[12]. I budget för 2019 finns uppgift för regionstyrelsen att

[11] HSN:s årsbokslut, avsnitt 2.6.4 Långsiktigt hållbar ekonomi, kommentar till uppdrag Redovisa effekterna av utökade distanskontakter
[12] Delrapport 2018 HSN sid 7

ta fram definition och indikatorer när det gäller valfrihet. HSF kommer medverka i arbetet[13].

Delmål och indikatorer för fullmäktiges övergripande mål för hälso- och sjukvården är inte viktade. Enligt fullmäktige[14] anses det övergripande målet uppfyllt då minst hälften av de nedbrutna målen är uppfyllda. De nedbrutna målen anses uppfyllda då minst hälften av de underliggande indikatorerna är uppfyllda. Enligt modellen bedöms följaktligen fullmäktiges övergripande mål vara uppfyllt.

Det *totala antalet läkarbesök* 2018 minskade med 1,2 procent jämfört med föregående år, vilket är 5,4 procent lägre än budget. Besök hos andra vårdgivare än läkare ökade med 3,7 procent vilket är 0,3 procent lägre än budget. Antalet vårdtillfällen inom sluten vård minskade med 1,0 procent, vilket är 7,6 procent lägre än budget.

Beträffande *vårdplatssituationen* framgår i nämndens årsrapport att den har varit ansträngd vid akutsjukhusen även under 2018, särskilt under semesterperioderna, vilket orsakat ett stort antal överbeläggningar och utlokaliseringar under året. Andelen överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser var 4,1 i november vilket är sämre än rikssnittet (3,9) och sämre än november 2017 (3,8). Andelen utlokaliserade patienter per hundra disponibla vårdplatser var 3,3 i november vilket är fler än i november 2017 (2,7) och riket (2,1). Problemet med överbeläggningar och utlokaliserade patienter uppges vara störst på Karolinska Universitetssjukhuset.

Bedömning
År 2018 har av de totalt 13 indikatorer som mäter fullmäktiges övergripande mål åtta nått sitt målvärde. Det är en förbättring jämfört med 2017 då fem av elva indikatorer uppnådde sitt målvärde. Förbättringar har skett även under 2015 och 2016. Jämförelser över tid påverkas dock av att indikatorerna utvecklas från år till år, både vad avser innehåll och antal. Planerade åtgärder för att förbättra resultatet för de två indikatorer som mäter förtroendet för vården är angelägna i syfte att dessa ska uppnå sitt målvärde.

Revisionen bedömer att måluppfyllelsen i huvudsak har kommenterats på ett tillfredsställande sätt i nämndens årsrapport. Måluppfyllelsen har per delmål och per indikator i huvudsak kommenterats och analyserats. Nämnden redogör i årsrapporten för åtgärder som har vidtagits i strävan att uppfylla målen. HSN bör enligt revisionens mening även fortsättningsvis verka för att nedbrutna mål och indikatorer mer fullständigt täcker den verksamhet som nämnden bedriver.

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om tillgänglighet i huvudsak har uppnåtts medan säker vård och hög effektivitet är svårare att bedöma då antalet indikatorer inte är heltäckande. Slutligen har fullmäktiges mål om högt förtroende för vården inte uppnåtts. Revisionen anser dock, som tidigare framförts till landstingsstyrelsen vid flera tillfällen[15], att principerna för att bedöma när ett nedbrutet mål respektive övergripande mål uppnåtts behöver ses över. Det finns också behov av att utveckla

[13] Yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport 2018 (HSN 2018-1388)
[14] Mål och budget 2018, avsnitt 4 Landstingets mål
[15] T.ex. Landstingsrevisorernas delrapport 2018 Landstingsstyrelsen

ytterligare indikatorer för att få en mer heltäckande bild av de övergripande målen och måluppfyllelsen.

2.2.2 Tryggad kompetensförsörjning

Utfallet i landstingets medarbetarenkät visar att HSF för indikatorerna total- och ledarskapsindex precis uppnår målvärde 2018. Jämfört med 2017 har totalindex ökat marginellt medan ledarskapsindex minskat marginellt. Indikatorn medarbetarindex uppnår målvärdet.

Sjukfrånvaron har jämfört med 2017 minskat något från 3,4 procent till 3,3 procent. Kvinnornas sjukfrånvaro har i procent per anställd minskat från 3,92 procent till 3,68 procent men är fortfarande betydligt högre än männens (1,89 procent 2018). Åtgärder för att minska sjukfrånvaron har vidtagits under året, bland annat samtal hos företagshälsovården och rehabiliteringsutredning. Därutöver har en utbildning för chefer i de nya arbetsmiljöföreskrifterna genomförts.

Andelen medarbetare som använder KOLL[16] når målvärdet för året. Andelen medarbetare som har deklarerat sin kompetens i ProCompetens[17] har ökat från 8 till 10 procent under året.

2.2.3 Vårdkonsumtion

I tabellen nedan redovisas den totala vårdkonsumtionen (exkl. ASIH[18]) för hälso- och sjukvården i Stockholms län 2018, jämfört med 2017 och budgeterad vårdkonsumtion.

HSN vård exkl. ASIH Antal besök/vårdtillfällen	Utfall 2018	Utfall 2017	Förändr % 2017/2018	Budget 2018	Avvikelse % AC-BU
Läkarbesök	7 394 044	7 481 208	-1,2	7 813 531	-5,4
Övriga besök	10 855 916	10 463 712	3,7	10 887 245	-0,3
Vårdtillfällen	298 978	302 143	-1,0	323 647	-7,6

Jämfört med 2017 har antalet läkarbesök minskat med 1,2 procent och i förhållande till budget har de minskat med 5,4 procent. Minskningen av läkarbesök är 2,5 procent inom den psykiatriska vården och 2 procent inom den somatiska vården. Besök hos övriga vårdgivare än läkare har ökat med 3,7 procent jämfört med 2017. Totalt antal vårdtillfällen har minskat med 1,0 procent jämfört med 2017. Jämfört med föregående år minskar antalet läkarbesök i öppenvården med 1,2 procent. Minskningen av antal vårdtillfällen inom akutsomatiken har fortsatt under 2018. Likaså har antalet vårdtillfällen inom geriatriken fortsatt att öka under 2018.

[16] Modell för kompetensplanering för Region Stockholm
[17] Kompetenshanteringssystem inom Region Stockholm
[18] Avancerad sjukvård i hemmet

Antalet vårdtillfällen vid akutsjukhusen har minskat med 1,4 procent jämfört med 2017. Utanför akutsjukhusen har antalet vårdtillfällen ökat med 1 procent.

HSN mäter köpkraft genom att relatera den hälso- och sjukvård som länets befolkning konsumerar till kostnaden för denna. Måttet köpkraft är från och med 2018 en indikator under delmålet hög effektivitet och den uppnår sitt målvärde (Se ovan avsnitt 2.2.1).

	2014	2015	2016	2017	2018
Utveckling av köpkraft	0,5%	-1,0%	-1,8%	2,8%	-0,5%

2.2.4 Uppdrag från fullmäktige och anmodanden från landstingsstyrelsen

HSN har lämnat en lägesrapport över fullmäktiges beslutade uppdrag, dels sådana som lämnats i fullmäktiges budgetar, dels sådana som lämnats löpande under året. I bilaga A till nämndens årsbokslut redogörs för totalt 29 uppdrag, varav 19 markerats som färdiga, nio pågår enligt plan och ett pågår med avvikelse. De flesta uppdragen är lämnade till HSN under 2017 och 2018. Det äldsta, från år 2012, hör till gruppen som har avslutats under året och det avser utveckling av integrerat arbete med psykisk ohälsa. Det äldsta uppdraget som fortfarande pågår är från 2017 och avser att beakta nettokostnadsökningarna till följd av Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) [19].

Enligt rapporteringen i bilagan är uppdraget som rör utveckling av FHS tredje steget, avslutat. Detta motiveras utifrån att den nya strukturen för akut omhändertagande är implementerad. Den nya strukturen för akut omhändertagande utgör endast en del av FHS. I revisionens granskning[20] av genomförandet av FHS framkommer att – enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningens egen beslutskartläggning – flera av de uppdrag som fullmäktige beslutat om inte är avslutade (se avsnitt 3.4.1).

I HSF:s internkontrollplan 2019 utgör FHS riskområde 1. Riskbeskrivningen tar bland annat upp risker i arbetet med stora strukturförändringar, omhändertagande inom nya vårdformer vilket påverkar vårdkedjor, överföring och remittering av patienter, samordning i sjukvårdssystemet, ekonomiska risker samt risk för att kompetensförsörjningen inte hinner säkras och anpassas i den nya vårdstrukturen.

Det uppdrag som pågår med avvikelse avser prognostisering av framtida kompetensbehov[21]. Enligt beskrivningen ska HSN säkerställa att samtliga hälso- och sjukvårdsleverantörer inkommer med underlag för prognostisering av framtida kompetensbehov. Av kommentar framkommer att arbetet har fördröjts på grund av personalbrist men kommer att återupptas så snart personalresurser finns tillgängliga. Vidare uppges att det inom kort kommer att finnas en interimslösning på plats i väntan på en långsiktig lösning.

[19] Genomförandebeslut investeringsobjekt Framtidens vårdinformationsmiljö SLL (LS 2017-0753)
[20] Revisionsrapport 14/2018 Framtidens hälso- och sjukvård. Genomförande 2018
[21] LS 2016-0257 Mål och budget 2017 nr 28

HSN har även lämnat en lägesrapport över landstingsstyrelsens fyra anmodanden till nämnden. Två uppges vara avslutade och två pågår enligt plan. De två som har avslutats rör dels arbetet med informations- och IT-säkerhet (se avsnitt 3.9), dels ett ändamålsenligt utnyttjande av konsulter. De två pågående anmodandena avser dels uppgiften att stärka helhetssyn och samordning över hälso- och sjukvårdssystemet, dels uppgiften att säkerställa att de nödvändiga interna kontrollerna är på plats för ett effektivt och ändamålsenligt nyttjande av externt verksamhetsstöd. Kommentarer om pågående arbete lämnas för båda dessa.

Beträffande anmodanden om de interna kontrollerna uppges att en kontrollfunktion för inköp av interna varor och tjänster har inrättats på förvaltningen. Under andra kvartalet under 2019 planeras för förbättrade rutiner och processer samt införandet av en rådgivande funktion (se avsnitt 3.2).

I den anmodan från landstingsstyrelsen som rör informations- och IT-säkerhet anges att arbetet ska *intensifieras*, en formulering som gör det svårt att bedöma när anmodan kan anses uppfylld. Av kommentaren framkommer att HSN anser att de åtgärder som har vidtagits ska anses tillräckliga för att bedöma anmodanden som avslutad, som t.ex. att en handlingsplan för 2018-2020 tagits fram för att tydliggöra och tidssätta aktiviteter och ansvariga. I HSN:s internkontrollplan 2019 framgår att området informationssäkerhet utgör ett av områdena med det högst riskvärde och där det av kommentaren utöver att handlingsplanen fastställts anges att utvecklingsarbetet utifrån målsättningarna i planen fortlöper under 2019, vilket talar för att anmodan inte är avslutad.

Revisionen har tidigare vid flera tillfällen haft synpunkter på behovet av att tydliggöra definitionen av status för uppdragen då de många gånger har varit otydlig[22]. Enligt förvaltningen pågår arbete med att ändra definitionen och bland annat utöka statusalternativen från tre till fyra. Dessutom ska riktlinjer för hur uppdrag ska utformas för att bli mer konkreta och tidsangivna tas fram.

Bedömning
Revisionen menar att uppdraget att fortsätta utvecklingen i enlighet med FHS tredje steget inte kan anses vara avslutat i och med att den nya strukturen för akut omhändertagande har implementerats, då detta endast utgör en del av FHS. Vidare uppfattar revisionen att det finns en diskrepans mellan i vilken omfattning FHS anses vara genomfört i den rapportering som lämnas i årsrapporten jämfört med den beslutskartläggning förvaltningen genomfört under 2018. Att uppdraget fortfarande pågår styrks även av formuleringar för riskområde FHS i HSN:s interna kontrollplan 2019.

Revisionen bedömer att arbetet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården inte har beskrivits på ett tillfredsställande sätt i nämndens årsbokslut, då beskrivningen inte ger en sammanhållen bild över utvecklingen av samtliga delar av genomförandet av FHS. Revisionen efterlyser utöver denna beskrivning en övergripande analys av

[22] T.ex. Årsrapport 2017 Landstingsstyrelsen

konsekvenser av arbetsinsatserna under året och hur dessa sammantaget påverkar förutsättningarna för genomförandet av Framtidsplanen.

Revisionen menar att uppdraget att prognostisera kompetensbehovet är angeläget och att kartläggningen brådskar i syfte att bättre kunna analysera personalläget i hälso- och sjukvården och i sin tur finna lösningar.

Revisionen bedömer, till skillnad från hälso- och sjukvårdsnämnden, att den anmodan som rör informations- och IT-säkerhet inte kan anses avslutad även om anmodan är otydligt formulerad.

2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultat uppgår till 585 mnkr, vilket är 585 mnkr högre än fastställt resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet delvis har uppnåtts. Fullmäktiges mål om tillgänglighet har i huvudsak uppnåtts medan säker vård och hög effektivitet är svårare att bedöma då antalet indikatorer inte är heltäckande. Slutligen har fullmäktiges mål om högt förtroende för vården inte uppnåtts. En förbättring har skett 2018 eftersom fler indikatorer (8 av 13) som mäter fullmäktiges övergripande mål nått sitt målvärde. Jämförelser över tid försvåras av att indikatorerna ändras från år till år.

Revisionen bedömer att måluppfyllelsen i huvudsak har kommenterats på ett tillfredsställande sätt i nämndens årsrapport. Måluppfyllelsen har per delmål och per indikator i huvudsak kommenterats och analyserats. Nämnden redogör i årsrapporten för åtgärder som har vidtagits i strävan att uppfylla målen. HSN bör enligt revisionens mening även fortsättningsvis verka för att nedbrutna mål och indikatorer mer fullständigt täcker den verksamhet som nämnden bedriver.

Vårdkonsumtionen minskar med 1,2 procent vad gäller antalet läkarbesök men ökar för besök hos övriga vårdgivare med 3,7 procent. Totalt antal vårdtillfällen har minskat med 1,0 procent jämfört med 2017. Kostnadsökningen mellan 2017 och 2018 var 5,5 procent, vilket är en 1 procents högre än året innan. Köpkraften har under 2018 minskat med 0,5 procent, vilket innebär att mindre vård har konsumerats för pengarna räknat i fasta priser.

Revisionen bedömer att nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat i huvudsak har beskrivits på ett tillfredsställande sätt i nämndens årsbokslut. Revisionen efterlyser, i likhet med tidigare år, övergripande analyser av konsekvenser av att vissa målvärden inte nås och hur det sammantaget påverkar förutsättningarna dels för att uppnå fullmäktiges övergripande mål för hälso- och sjukvården, dels för genomförandet av FHS.

Med anledning av ovanstående gör revisionen en annan bedömning av nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat för 2018 jämfört med 2017, då detta granskningsområde bedömdes vara inte helt tillfredsställande.

Det ekonomiska resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande. Det verksamhetsmässiga resultatet har delvis inte uppnåtts, även om förbättringar skett. Sammantaget bedöms det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet, utifrån genomförd granskning, som tillfredsställande.

3 Intern styrning och kontroll

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

3.1 Ekonomistyrning

Nämnden har i delrapporten för 2018 prognostiserat årets resultat till 400 mnkr. Utfallet blev dock 185 mnkr högre än prognosen, dvs. 585 högre än budget. De största förklaringsposterna till det positiva resultatet är överskott för somatisk specialistvård med 207 mnkr, primärvård 28 mnkr, geriatrik 116 mnkr, psykiatri 60 mnkr, övriga verksamheter 141 mnkr och ett underskott för tandvården med 30 mnkr.

I hälso- och sjukvårdsnämndens budget för 2018 ingick åtgärder avseende egen verksamhet och medicinsk service på 50 mnkr. Sparbetinget för 2018 fördelades proportionellt utifrån 2017 års budget på samtliga avdelningar. Effektiviseringen inom förvaltningens egen verksamhet har enligt nämndens årsrapport fallit ut enligt plan. Vakanser, förseningar och återhållsamhet vid nyrekryteringar efter avgångar har därutöver bidragit till lägre kostnader för bemanning med 24 miljoner kronor.

Budgeten byggde även på 180 miljoner i minskade kostnader för medicinsk service som en följd av genomförda upphandlingar med lägre priser. Tilldelningsbesluten överklagades och gav inte någon effekt under 2018. För 2018 kunde dock förlängning av befintliga avtal göras med viss reducering av priserna. Samtidigt har minskade volymer och effekter av omfördelning av vård till vårdvalsområden där medicinsk service ingår i ersättningen gjort att kostnaderna för medicinsk service sammantaget ändå blivit lägre 71 mnkr lägre än budgeterat.

Mot bakgrund av ett positivt utfall 2017 och en resultatutveckling under 2018 som tidigt indikerade att ett överskott kunde uppstå för hela 2018 har nämnden enligt årsrapporten bedömt att det inte har funnits anledning att vidta ytterligare åtgärder för att nå ett balanserat resultat för 2018. Nämnden menar vidare att det fortsatta ekonomistyrningsarbetet framförallt måste ha ett långsiktigt perspektiv och ledningens åtgärder har därför inriktats på att vidmakthålla en ekonomi i balans.

Budgeten följs upp varje månad och avdelningscheferna är ansvariga för uppföljning, analys och eventuella åtgärder. Rapportering sker varje månad till LSF och till HSF:s ledningsgrupp. Nämnden får rapportering i tertial-, delår- och årsrapporter. Rutiner för uppföljning, resultatgenomgångar och avvikelsehantering är inarbetade i förvaltningens arbete. Granskningen visar att det finns struktur för hur budget och uppföljning ska ske samt hur avvikelser ska rapporteras.

Bedömning

Revisionen bedömer i likhet med 2017 att HSN har rutiner för styrning och rapportering av ekonomi med en struktur för uppföljning av budget och resultat på olika nivåer i organisationen.

3.2 Upphandlingsverksamhet

Revisionen har de senaste åren på olika sätt granskat nämndens arbete med upphandling. Under åren 2015-2017 har landstinget dömts att betala upphandlingsskadeavgifter på sammanlagt 20 mnkr med anledning av otillåtna direktupphandlingar av vårdtjänster inom HSN. Någon upphandlingsskadeavgift har inte utdömts under 2018.

Nämndens förbättringsarbete inom upphandlingsområdet, som påbörjades under 2016 med utgångspunkt i ett handlingsprogram[23] har fortsatt under 2018. Revisionens granskning visar att vissa konkreta åtgärder som planerats att genomföras i förbättringsarbetet har försenats. Rutiner har t.ex. ännu inte utformats för en systematisk uppföljning av upphandling av interna varor och tjänster respektive upphandling av vårdtjänster[24]. I yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport för 2018 framkommer att sådana rutiner kommer att tas fram[25].

Under hösten 2018 har en inköpsstrateg anställts av förvaltningen som bland annat har till uppgift att fungera rådgivande och stödjande i frågor om inköp och upphandling till berörda parter i förvaltningen[26]. Förutom det huvudsakliga uppdraget att kvalitetssäkra upphandlingar av interna varor och tjänster ska inköpsstrategen arbeta med att säkerställa processer, rutiner och nödvändiga kontroller kring intern upphandling, avrop och direktupphandlingar[27].

Inom HSF finns en person utsedd att i enlighet med landstingets policy för inköp[28] ha det övergripande ansvaret för hela inköpsprocessen, för affärsmässigheten samt efterlevnaden av lagstiftning och landstingets styrande dokument. Inköpsansvarig ska också vara samordnare och kontakt i inköpsfrågor. Rutiner har utformats i syfte att tillgodose policyns krav på att beslut om direktupphandlingar ska fattas av en särskilt utpekad person. Kravet bygger på landstingsstyrelsens beslut[29] att genomförande av direktupphandlingar endast ska få beslutas av en person per förvaltning och bolag. Bakgrunden är att en särskilt utpekad person med ansvar för dessa beslut anses ha bättre förutsättningar och kunskap om vilka regler som gäller och att det medför en korrekt tillämpning av reglerna.

En avtalshandbok har tagits fram under året och är publicerad på intranätet. Avtalshandboken ska vara ett stöd för medarbete i arbetet med avtalsprocessen.

---

[23] Kompletterad 2016-11-08
[24] Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 2/2016, Styrning och kontroll av direktupphandling, HSN 2016-4916
[25] Yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport 2018, HSN 2018-1388
[26] A.a.
[27] Bilaga 1: bilaga A återrapportering av uppdrag
[28] LS 2017-1197
[29] LS 2016–1602

Handboken rör främst avtal där HSN beställer vård av en vårdgivare, men vissa moment kan användas även för andra avtal.

Ingen av landstingsstyrelsens två anmodanden som anknyter till området upphandling och inköp har avslutats under 2018 (se avsnitt 2.2.3). Av HSN:s kommentar i lägesrapporteringen i årsbokslutet framkommer bland annat att det under andra kvartalet 2019 ska finnas förbättrade rutiner och processer samt en rådgivande funktion.

Förvaltningen har genomfört en granskning av hållbarhetsredovisningarna hos sex av nämndens 20 större leverantörer. Samtliga leverantörer uppges ha en plan för sitt arbete med hållbarhet men företagen har kommit olika långt i sitt arbete med bland annat riskanalyser.

Revisionen har tidigare framfört att nämnden bör genomföra en riskbedömning och ta ställning till om det ska ställas krav på att leverantören ska anta uppförandekoden[30]. Riskbedömningar genomförs inte och ställningstagande görs fortfarande inte.

Bedömning
Revisionen konstaterar att förbättringsarbetet har resulterat i ett flertal åtgärder och pågående initiativ. Även om förbättringar har skett så bedömer revisionen att ytterligare åtgärder är nödvändiga innan en tillräcklig intern styrning och kontroll av upphandlingsverksamheten kan säkerställas. T.ex. behöver rutiner utformas för en systematisk uppföljning av upphandling av interna varor och tjänster respektive upphandling av vårdtjänster.

Ingen av de rekommendationer som revisionen lämnat tidigare inom upphandlingsområdet bedöms vara åtgärdade under 2018, däremot pågår åtgärder inom flera områden. Revisionen kommer fortsatt att följa pågående förbättringsarbete.

3.3 Riskanalys och internkontrollplan 2018

Revisionens granskning av riskanalys och internkontrollplan har avrapporterats i delårsrapporten 2018[31]. Revisionen konstaterade bland annat att nämnden fastställt en internkontrollplan upprättad utifrån en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys i enlighet med av hälso- och sjukvårdsdirektören fastställd rutin[32]. Revisionen har tidigare framfört att nämnden bör fatta beslut om denna rutin enligt krav i landstingets styrdokument[33]. I nämndens yttrande till revisionen uppges att ett beslut om rutinen i nämnden får avvakta efter uppgiften från landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) om pågående utvecklingsarbete på området[34].

Digitala vårdbesök bedömdes vara ett prioriterat område i HSN:s interna kontrollplan 2018 men finns inte med som riskområde i den interna kontrollplanen för 2019. Under 2019 planerar HSN att genomföra en mer fördjupad analys av utvecklingen av digitala vårdmöten och hur dessa relaterar till den fysiska vården. Uppföljning och

[30] HSN 2017, avsnitt 3.2.3
[31] Landstingsrevisorerna, Hälso- och sjukvårdsnämnden delrapport 2018
[32] HDIR 16136
[33] Policy för internkontroll, LS 1303-0431 med tillhörande riktlinjer
[34] Yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport 2017, HSN 2017-1829

analys av digitala vårdmöten uppges fortsatt att vara en del av det löpande arbetet i förvaltningen[35]. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2018 påbörjat en tillsynsinsats av digitala vårdtjänster som ett första steg i tillsynen genomfört en förstudie. Utifrån förstudien konstateras att det finns möjliga risker för patienter kopplat till att vården bedrivs digitalt. IVO ska därför fortsatt granska att de vårdgivare som bedriver vård digitalt har ett systematiskt kvalitetsarbete för att hantera dessa risker.

Arbete pågår inom förvaltningen med anledning av den rekommendation som lämnades i revisionens årsrapport 2017, om att även risker inom sådana verksamhetsområden som inte utförs direkt av förvaltningens personal bör ingå i riskanalysen, som t.ex. risker inom områdena upphandling, juridik, HR och information och kommunikation. Revisionen avser att följa upp rekommendationen i delårsgranskningen 2019.

3.4 Framtidens hälso- och sjukvård

Revisionen har på olika sätt följt och granskat arbetet med FHS sedan den första planen beslutades av fullmäktige 2011. I detta avsnitt redovisas ett antal granskningar under 2018 med särskild bäring på FHS.

3.4.1 Framtidens hälso- och sjukvård – genomförande 2018

I ett särskilt projekt har revisionen granskat[36] arbetet med FHS. Revisionens samlade bedömning är att arbetet inom flera områden behöver stärkas för att genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården ska leda till att målen som helhet säkerställs.

Revisionen konstaterar att det inte finns något politiskt organ som har en samlad bild av utvecklingen av FHS. Detta är allvarligt eftersom FHS har inneburit och fortsatt innebär stora omstruktureringar av vården och det politiska ansvaret för styrningen av uppdraget förutsätter kontinuerlig uppföljning och återrapporteringar av hur arbetet fortskrider. Revisionen menar att hälso- och sjukvårdens politiska organ behöver ta ett aktivt ansvar för genomförandet av FHS. FHS-utskottet under hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande FHS. Utskottet har under 2018 i likhet med föregående år i huvudsak fungerat som ett informationsforum.

Förvaltningen har under 2018 påbörjat ett arbete med att sammanfatta nuläget i syfte att bedöma effekter och konsekvenser av genomförandet av FHS. Revisionen ser positivt på detta, men menar att det kommer sent i processen. Revisionen vill understryka vikten av att analysen leder fram till beslut som säkerställer en fortsatt implementering i enlighet med intentionerna i FHS och att ansvariga i hälso- och sjukvårdsnämnden tar aktiv del i detta.

I likhet med föregående år bedömer revisionen också att det finns fortsatta oklarheter i ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och landstings-

[35] HSN:s årsbokslut, avsnitt 2.6.4 Långsiktigt hållbar ekonomi, kommentar till uppdrag Redovisa effekterna av utökade distanskontakter
[36] Landstingsrevisorerna, Projektrapport 14/2018 FHS – genomförande 2018

/regionstyrelsen inom vissa områden, framför allt investeringar, kompetensförsörjning och produktionsstyrning som behöver tydliggöras.

Ett av målen i FHS är effektivare vård. Mot bakgrund av de omfattande investeringarna i FHS, understryks vikten av att vården utvecklas på ett sådant sätt att produktiviteten ökar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning av akutsjukhusen tyder på att akutsjukhusens produktivitet har minskat. Det finns inget beslutat sätt att mäta och följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet i sjukvården. Vidare kan konstateras att olika utvecklingsinsatser har pågått parallellt inom både landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Revisionen menar att det är viktigt att utvecklingsarbetet samordnas mellan förvaltningarna.

En av de bärande idéerna i FHS är utvecklandet av en nätverkssjukvård. Revisionen uppfattar att relativt stora utvecklingsbehov fortfarande finns för att nätverkssjukvården ska kunna realiseras och att det därför är av stor vikt att nödvändiga förändringar genomförs. Vidare menar revisionen att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin styrning av hur nätverkssjukvården ska utvecklas och implementeras i enlighet med intentionerna i FHS.

Stora omstruktureringar av vården har genomförts under de senaste åren. Dock har den förändring av vårdsystemet som hittills genomförts inte fullt ut följt planeringen i FHS. Detta gäller exempelvis utbyggnaden av slutenvårdskapacitet utanför akutsjukhusen. Därför menar revisionen att en samlad analys av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna fått för vårdsystemet behöver göras. Hälso- och sjukvårdsnämnden har även beslutat om inriktning för utredningen Hälso- och sjukvården 2040. Revisionen bedömer att det är angeläget att kunna dra slutsatser om hur FHS förhåller sig till målbilden 2025 i Framtidsplanen, framför allt som en grund för den nya utredningen med fokus ännu längre fram i tiden. Risk finns annars att den nya utredningen inte tar hänsyn till erfarenheter från hittills genomfört arbete och att nya beslut tas utan att ansvariga politiker vet i vilken utsträckning målbilden i Framtidsplanen har varit möjlig att nå.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ombetts att yttra sig över rapporten senast 2019-05-28.

3.4.2 Patientstyrning, för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå

Revisionen har i ett särskilt projekt[37] granskat patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet. Omställningen av det akuta omhändertagandet inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård innebär förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot. Huvudinriktningen är att en större andel av patienterna ska omhändertas på andra vårdnivåer än akutsjukhusen.

Under 2017–2018 har en ny struktur för akut omhändertagande införts, med närakuter som en ny vårdnivå mellan husläkarmottagningar och akutsjukhus. Revisionens samlade bedömning är att patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet till

[37] Landstingsrevisorerna, Projektrapport 10/2018 Patientstyrning. För en tillgänglig vård på rätt vårdnivå.

stor del har fungerat, men i vissa delar behöver stärkas. Revisionen bedömer att den planerade omstyrningen av patienter från akutmottagningar till närakuter till stor del har genomförts. Vårdnivåerna i det akuta omhändertagande är dock inte enhetliga och de ekonomiska incitamenten inte tillräckligt tydliga för att patientstyrningen ska fungera fullt ut.

Kraven på det akuta omhändertagandet i husläkaravtalen är allmänt formulerade utan särskilda krav på tillgänglighet och uppföljningen är svag. Revisionen uppfattar även att det finns otydligheter i gränsdragningen mellan husläkarjourer och närakuter, framför allt i de områden där husläkarverksamheten inte behöver anordna husläkarjour. Uppföljningsindikatorer kopplade till det akuta omhändertagandet saknas. Revisionen bedömer att kraven i husläkaruppdraget avseende det akuta omhändertagandet bör förtydligas och att uppföljningen av det akuta omhändertagandet bör stärkas. Revisionen bedömer att avtalen för husläkarmottagningarna inte ger tillräckliga förutsättningar för att husläkarverksamheten ska utgöra en enhetlig och tydlig vårdnivå i det akuta omhändertagandet.

Revisionen bedömer att närakuterna inte har getts tillräckliga förutsättningar för att i praktiken utgöra en fullt ut enhetlig vårdnivå. Bidragande orsaker till detta är att vissa närakuter har startats i lokaler som inte uppfyller de avtalsmässiga kraven och att tillgången till medicinsk service (laboratorium och röntgen) varierar mellan närakuterna. Vidare råder otydligheter avseende ansvar och omfattningen för konsultationer. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att avtalen för laboratorium och röntgen är tillräckliga och efterlevs, så att närakuterna ges förutsättningar att utföra sitt uppdrag. Nämnden bör även säkerställa att tillräckliga krav ställs i avtalen för de vårdgivare som ska tillhandahålla konsultationer.

Granskningen har visat att otydligheter i vårdnivåerna gör att hänvisningarna försvåras med risk för att de sker till en högre vårdnivå. Otydligheterna i vårdnivåerna behöver åtgärdas för att hänvisningarna ska leda patienten till rätt vårdnivå på en gång. Det av hälso- och sjukvårdsförvaltningen framtagna hänvisningsstödet (Hänvisningsstöd SLL) spelar en central roll i omstyrningen av patienter. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör vidareutveckla modellen för uppföljning och kvalitetssäkring av hänvisningsstödet och att processen dokumenteras.

Revisionen bedömer att en analys av närakuternas ersättningsmodell bör göras och dokumenteras. Revisionen konstaterar att det inte finns några särskilda ekonomiska incitament för husläkaruppdraget att stärka tillgängligheten i det akuta omhändertagandet. Revisionen menar att detta är ett område som bör utvecklas i husläkaravtalen i syfte att stärka husläkarnas roll i det akuta omhändertagandet. Vidare stödjer inte avtalen för närakuter och husläkare varandra fullt ut. Revisionen bedömer att ersättningsmodellerna som finns för närakuter och husläkare bör utvecklas för att ge tydligare incitament för vårdgivare att ta emot rätt patienter på rätt vårdnivå.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ombetts att yttra sig över rapporten senast 2019-04-30.

3.5 Ansvaret för investeringar i vårdens fastigheter

Under 2018 har revisionen i ett särskilt projekt[38] granskat styrningen och kontrollen av landstingets/regionens tillkommande investeringsutgifter. Inom ramen för den granskningen har även ansvaret för investeringar i vårdens fastigheter berörts.

Landstingsstyrelsen har enligt reglementet[39] bland annat haft ansvar för fastighetsstrategiska frågor och investeringsfrågor. Av landstingets reglemente framgår det att HSN har ett ansvar för att delta i den övergripande planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården samt att samråda med berörda enheter inom hälso- och sjukvården om förslag till specificerade investeringsobjekt. I 2017 års granskning av investeringar[40] konstaterade revisionen att nämnden inte hade tagit ett aktivt ansvar för investeringarna inom vårdområdet i enlighet med reglementet, dvs. att delta i den övergripande planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården.

Revisionen bedömer att nämnden, till skillnad från 2017, har tagit en mer aktiv roll i den övergripande planeringen av vårdens fastighetsinvesteringar och gjort prioriteringar mellan möjliga investeringsobjekt. Under 2018 har HSN deltagit i den övergripande planeringen av vårdens investeringar inför budget 2019. Nämnden har under hösten 2018 beslutat om utredningsrapporten; ”Vårdbehov och lokalmässiga förutsättningar inför Budget 2019” som en del i nämndens beslut om förslag till justerad investeringsplan för vårdens investeringar 2019 - 2028[41] som överlämnats till landstingsstyrelsen. I beslutet om förslag till justerad investeringsplan framkommer att hälso- och sjukvårdsnämnden, enligt reglementet, även har prioriterat mellan de olika investeringsförslagen avseende vårdens fastigheter som presenteras i rapporten. Rapporten presenterar ett tiotal investeringar som behöver genomföras för att möta det bedömda framtida vårdbehovet. Nämnden har prioriterat tre av dessa med motiveringen att om dessa skulle senareläggas eller uteslutas skulle det få en stor påverkan på landstingets proaktiva förmåga att säkerställa vård.

Rapporten har överlämnats till HSN för kännedom och med möjlighet för yttrande senast 2019-05-28.

3.6 Hantering och diarieföring av allmänna handlingar

En av de viktigaste aspekterna med offentlighetsprincipen är rätten för allmänheten att få insyn i den offentliga myndigheten och att kunna ta del av en myndighets allmänna handlingar. Revisionen har därför granskat om landstingsstyrelsens[42] och HSN:s diarieföring uppfyller lagens krav och interna regelverk och om uppföljning och kontroll är tillräcklig. Granskningen har även omfattat stickprov gällande begäran om utlämnande av allmänna handlingar och systematik i diarieföring.

---

[38] Landstingsrevisorerna, rapport 13/2018, God ekonomisk hushållning - Styrning och kontroll av ökande investeringsvolymer, RK 2019 - 0013
[39] SLL - Arbetsordningar, reglementen och delegationsordning 2015-02-17, reviderad 2017-06-14, LS 1410 – 1211, LS 2017 - 0785
[40] Revisionsrapport 11/2017 Vård- och trafikinvesteringar - Styrning och uppföljning för god ekonomisk hushållning
[41] HSN 2018 - 0236
[42] Avrapporteras i årsrapport för landstingsstyrelsen 2019

3.6.1 Styrdokument

Dokument- och arkivreglementet[43] samt föreskrift för arkivansvarig[44] ger varje nämnd den övergripande inriktningen för arkiv- och dokumenthantering. Föreskriften slår fast att respektive styrelse/nämnd ska fatta beslut om arkivansvarig. Om beslut saknas har dock förvaltningschefen/verkställande direktören detta ansvar. Den arkivansvariga ska informera den egna nämnden/styrelsen i frågor som rör dokument- och informationshanteringen, arkivvården och därtill relaterade frågor om offentlighet och sekretess. I delegationsordningen för 2018 respektive 2019 delegeras prövning av utlämnande av allmän handling m.m. till hälso- och sjukvårdsdirektören.[45] Prövningen kan vidaredelegeras.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ett flertal styrdokument för hantering, diarieföring och utlämnande av allmänna handlingar, bland annat

- riktlinjer och rutiner för hantering av allmänna handlingar, beslutade av hälso- och sjukvårdsdirektören 2017-05-10
- rutiner vid nämnd- och utskottssammanträden, 2015-12-18
- checklista för utlämnande av allmän handling, 2017-04-11
- information om diarieföring på intranätet, 2018-10-15

Riktlinjer och rutiner för hantering av allmän handling syftar till att medarbetaren ska få kännedom om vilka handlingar som ska diarieföras samt varför och hur detta görs. Riktlinjerna fastställer att en handling ska diarieföras utan dröjsmål vilket som regel innebär att det ska ske inom 24 timmar efter det att handlingen har kommit in till förvaltningen. I riktlinjerna finns en förteckning över vilka handlingar som respektive ärende ska innehålla. För att säkerställa att handlingar diarieförs är det enligt riktlinjerna av stor vikt att all inkommen post hanteras på samma sätt inom förvaltningen. De enheter som själva öppnar sin post ska ha skriftliga rutiner för ansvarsfördelningen vid postöppning och diarieföring. Statusen på checklistan som styrdokument är oklar.

Handlingar som omfattas av sekretess måste registreras enligt 5 kap. 1 § offentlighets och sekretesslagen[46], vilket förvaltningens riktlinjer också fastställer. I övrigt slår inte riktlinjerna fast hur processen för diarieföring och övrig hantering av handlingar med sekretesskyddade uppgifter ska hanteras. Enligt intervjuer har förvaltningen som arbetssätt att inte skicka dem vidare via e-post. Om det inkommer en sekretesshandling som måste vidarebefordras så tas de sekretessmarkerade uppgifterna bort. Om det är riktigt känsliga handlingar så kontaktas respektive handläggare och handlingen skickas över i pappersformat. Det finns inga formaliserade rutiner/riktlinjer som generellt fastställer hur medarbetare ska förhålla sig till allmänna handlingar som omfattas av sekretess.

Inom ramen för granskningen har ett stickprov genomförts för att kontrollera om det i de fall då handlingar har skickats direkt till berörd handläggare finns en systematik

[43] Landstingsarkivet, LS 0806-0638
[44] Landstingsarkivet, 2015 -07-01
[45] HSN 2018-0172 respektive HSN 1412-1624
[46] OSL – offentlighets och sekretesslagen (2009:400)

i att sända över inkomna handlingar till registraturen för diarieföring. Stickprovet visade inga väsentliga iakttagelser.

3.6.2 Roller och ansvar

Registraturen har huvudansvaret för att diarieföra allmänna handlingar. Handläggarna kan endast lägga upp handlingar i ärenden i dokument- och ärendehanteringssystemet EDIT och sedan skicka för registrering. Huvuddelen av den post som fysiskt inkommer till nämnden gås igenom av den centrala postöppningsfunktionen. Även för de verksamheter som med anledning av sin geografiska placering inte medverkar i den centrala postöppningen har rutiner arbetats fram för att se till att hanteringen är konsekvent inom nämnden. Samtliga anställda på förvaltningen undertecknar en fullmakt för att möjliggöra för registraturen att öppna personligt adresserad post. Genom detta förfarande så minimeras risken för att handlingar försvinner i verksamheterna utan att de varit föremål för registrering.

3.6.3 Utlämnande av allmänna handlingar

Begäran om utlämnade av allmänna handlingar inkommer oftast via förvaltningens centrala funktionsbrevlåda och kommer därmed till registraturen. Detta innebär att registraturen sköter den inledande kontakten. Vid tveksamhet ska registratorn kontakta berörd handläggare eller jurist. HSF:s checklista för utlämnande av allmänna handlingar beskriver att när en medarbetare har tagit emot en begäran om utlämnande ska medarbetaren ställa sig följande tre frågor:

- Är det en handling som efterfrågas?
- Är handlingen allmän?
- Omfattas handlingen av sekretess?

När en handläggare har gjort bedömningen att en handling kan lämnas ut och beslut fattats i enlighet med delegationsordningen ska detta ske skyndsamt, enligt praxis helst under samma dag som begäran har inkommit.

I de fall en handling inte kan lämnas ut, exempelvis på grund av att det inte är en allmän handling, som till exempel arbetsmaterial, eller att den är belagd med sekretess, så ska personen som frågar omgående få besked om detta inklusive motivering och lagstöd. I förvaltningens checklista finns en förteckning över vilket lagstöd som kan ligga till grund för medarbetarens bedömning. Vid ett avslagsbeslut ska personen som begärt handlingen även ges information om att denna har rätt att få ett formellt, överklagbart beslut. Beslut om att inte lämna ut handlingar fattas av hälso- och sjukvårdsdirektören eller den tjänsteman som har vidaredelegation.

Inom ramen för granskningen har ett stickprov genomförts där ett antal olika handlingar begärts ut. Alla begärda handlingarna skickades inom en rimlig tid.

3.6.4 Utbildning och uppföljning

Styrdokument gällande hantering och diarieföring av allmänna handlingar finns på förvaltningens intranät och är således tillgängliga för alla medarbetare. Handläggarutbildningarna innehåller utbildningar i dokument- och ärendehanteringssystemet Edit. Förvaltningskunskapsutbildningen genomförs några gånger per år och är sedan 2018 obligatorisk för alla tjänstemän inom förvaltningen.

Det framgår varken av styrdokument eller intervjuer hur diarieföringen ska följas upp och kontrolleras. Det finns inte heller några kontroller avseende diarieföring och hantering av allmänna handlingar i HSN:s internkontrollplan.

Bedömning
Revisionen bedömer att nämnden i huvudsak har tillräckliga rutiner och riktlinjer för att säkerställa att hantering och diarieföring av allmänna handlingar uppfyller lagens krav och interna regelverk. Några kontroller av att rutiner och riktlinjer följs görs dock inte. Genomförda stickprov visar att diarieföring och utlämnande av handling i huvudsak följer krav i förvaltningslagen.

Revisionen bedömer att dokumenterade rutiner för hanteringen och diarieföring av handlingar som omfattas av sekretess bör tas fram. Vid hantering av sekretesskyddade uppgifter är det centralt att det redan vid diarieföring noga bedöms om det finns uppgifter som kan omfattas av sekretess. På så vis kan en sekretessmarkering påföras en handling. Genom detta minskar även risken för att handlingar vid begäran skickas ut innan en tillräcklig sekretessprövning har genomförts.

Statusen på checklistan som styrdokument bör tydliggöras. Ett sådant tydliggörande av ansvar kan också underlätta kommande uppdateringar. Checklistan vid utlämnande av handling bör också innehålla fastställda parametrar för när jurist eller annan rådgivande funktion ska rådfrågas.

Rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör ta fram dokumenterade rutiner för hanteringen och diarieföring av handlingar som omfattas av sekretess.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör se till att regelbundna kontroller av diarieföring och hantering av allmänna handlingar genomförs inom verksamheten.

3.7 Ledningsnära kostnader och representation

En granskning har gjorts dels i samband med delåret, dels i samband med slutrevision avseende ledningsnära kostnader och representation för 2018. Vid delåret konstaterades att av 15 leverantörsfakturor och redovisningstransaktioner så var tre fakturor felkonterade eftersom de avsåg sjuktransporter utomlands och bör särskiljas från personalens resekostnader.

Granskningen har visat att det i 12 av 15 leverantörsfakturor finns avvikelser där momsavdrag inte gjorts, underlag avseende syfte och namn på deltagare osv. saknas, vilket försvårar bedömning av oberoende attestant. Bokföring har också gjorts avseende kostnader som inte är hänförliga till egen personal på konton som avser resekostnader.

Bedömning
Revisionen konstaterar att tidigare rekommendationer gällande ledningsnära kostnader och representation inte har åtgärdats. Revisionen bedömer därför att ledningens rutiner och hantering av ledningsnära kostnader och representation behöver stärkas.

3.8 Rutiner för attest av konsultfakturor

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om HSN har en tillräcklig intern kontroll kopplat till rutinerna för attestering av fakturor. Granskningen har genomförts genom kontroll av samtliga konsultfakturor (inklusive inhyrd personal) under perioden januari till december 2018 på de tre beställaravdelningarna och på utvecklingsavdelningen. Granskningen har genomförts genom att kontrollera dels att samtliga fakturor har godkänts och attesterats av två personer enligt tvåhandsprincipen, dels att attestanten är behörig enligt attestordningen.

Under granskningsperioden uppgår kostnaderna för konsulttjänster och inhyrd personal till ca 48,5 mnkr på de fyra avdelningarna. Kostnaderna för inhyrd personal återfinns endast på avdelningen för särskilda vårdfrågor samt på utvecklingsavdelningen och utgör en mindre del i förhållande till konsultinköp.

Avdelning	Totalt (konsulter och inhyrd personal)	Varav inhyrd personal
Närsjukvård	8 746 016	0
Somatisk specialistvård	9 029 406	0
Särskilda vårdfrågor	11 371 648	176 912
Utvecklingsavdelningen	19 340 994	2 228 958
Totalt	**48 488 064**	**2 405 870**

I tabellen nedan presenteras antal fakturor samt antal (unika) attestanter per avdelning:

	Antal fakturor	Antal attestanter
Närsjukvård	98*	19
Somatisk specialistvård	106	6
Särskilda vårdfrågor	135	7
Utvecklingsavdelningen	68	8
Totalt	**407**	**40**

*En av fakturorna var inte attesterad vid granskningstillfället, därför har den uteslutits från granskningen.

Samtliga konsultfakturor har attesterats enligt tvåhandsprincipen samt i enlighet med gällande attestförteckning. Ett stort antal konsultfakturor har attesterats av utsedda avdelningschefer och även av ersättare för avdelningschef (även ersättare framgår av attestförteckning). Flera avdelningschefer har mer än en ersättare vilket betyder att det finns ett stort antal personer med en relativt omfattande attesträtt. Det finns därmed en ökad risk att försök att kringgå systemet görs.

Bedömning

Revisionen bedömer att HSN har en tillräcklig intern kontroll kopplat till rutinerna för attestering av konsultfakturor. Revisionen konstaterar emellertid att det inom förvaltningen finns ett stort antal personer med ett relativt omfattande attestansvar, vilket i sig kan medföra vissa risker.

3.9 Informationssäkerheten hos privata vårdgivare

Revisionen har granskat hur HSN hanterar informationssäkerheten hos privata vårdgivare. Metoden som använts är intervjuer och dokumentanalyser. Granskningen är avgränsad till att kontrollera informationssäkerhetskrav som ställts på privata vårdgivare.

HSN kräver i avtalet att privata vårdgivare ska följa SLL:s riktlinjer för informationssäkerhet, egen rutin för riskanalys och egen rutin för informationsklassificering. Information gällande informationssäkerhetskrav som HSN ställer på privata vårdgivare kommuniceras även via vårdgivarguiden, där även stödmallar och andra dokument finns som kan hjälpa de privata vårdgivarna att förbättra sin informationssäkerhet.

I avtalen om informationssäkerhet ingår ”Informationshanteringsbilagan” som är en bilaga med information om de tjänster som HSN erbjuder de privata vårdgivarna. Denna bilaga innehåller information om hur dessa tjänster kan, får eller ska användas. Informationshanteringsbilagan innehåller både generella delar som gäller alla vårdgivare och avtalsspecifika delar som specificeras mot varje enskild vårdgivare. Exempel på tjänster/krav är beställningsportalen vid förskrivning av hjälpmedel, nationell patientöversikt och sjukresesystemet. Vårdgivaren ska ha ett elektroniskt journalsystem[47] för registrering av patientrelaterad information.

Avtalsmallen för vad som sker när en privat vårdgivare brister i kvalitet i sitt åtagande reglerar vilka åtgärder HSN får och kan utföra mot den privata vårdgivaren.

Vid avtalsteckning skriver HSN ett personuppgiftsbiträdesavtal i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR), med den privata vårdgivaren som hanterar personuppgifter. En granskning har gjorts av efterlevnaden av dataskyddsförordningens krav, se avsnitt 3.10.

HSN gör sporadisk men inte systematisk uppföljning av de privata vårdgivarna för att säkerställa att de följer informationssäkerhetskraven i avtalen. Ibland utför avtalshandläggare generella stickprov där de kan upptäcka informationssäkerhetsavvikelser.

Informationssäkerhetsincidenter hanteras av både HSF Infosäk-grupp (Informationssäkerhetsgrupp) och SLL-SOC (Security Operations Center). SLL-SOC och HSF Informationssäkerhetsamordnare har regelbundna avstämningar i syfte att förbättra hanteringen samt synkronisera processerna. I de fall HSN upptäcker informationssäkerhetsbrister hos en privat vårdgivare, som kan utgöra ett hot mot landstingets IT-miljö, kan SLL-net anslutningen stängas av. Detta är reglerat i avtalet då privata

[47] Åtkomsten till patientrelaterad information ska ske genom stark autentisering (högsta behörighetsmodell) och i övrigt ske i enlighet med patientdatalagen (2008:355).

vårdgivare ska följa SLL:s riktlinjer för informationssäkerhet. Efter granskningens genomförande inträffade en informationssäkerhetsincident. Det har framkommit att inspelade samtal med känslig patientinformation från 1177 Vårdguiden på telefon har lagrats oskyddade på en server hos en underleverantör. Sjukvårdsrådgivning på telefon är en upphandlad tjänst som utförs av vårdgivaren MedHelp enligt avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. MedHelp har uppgett till Region Stockholm att servern som de inspelade samtalen lagrats på är placerad i Sverige där driften också sköts samt att möjligheten till åtkomst stoppats.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fått i uppdrag att tillsätta en extern granskning av den del i avtalet med MedHelp som berör informationssäkerhet. Syftet är att granska hur både MedHelp och förvaltningen uppfyllt avtalet kring informationssäkerhet samt vilka åtgärder som krävs av parterna.

Datainspektionen har inlett en inspektion av händelsen och kommer i ett första steg inspektera MedHelps underleverantör Voice Integrate Nordic och Inera AB. Fler granskningar kan bli aktuella enligt myndigheten.

Bedömning
Revisionen bedömer att krav gällande informationssäkerhet och personuppgifter är tydligt formulerade i avtal med privata vårdgivare. Revisionen bedömer däremot att ingen systematiserad och dokumenterad uppföljning av att kraven följs genomförs.

Händelsen kopplad till 1177 Vårdguiden på telefon understryker vikten av en systematisk uppföljning av informationssäkerheten hos de privata vårdgivarna. Revisionen kommer under 2019 följa regionens och nämndens arbete med anledning av den inträffade informationssäkerhetsincident.

Rekommendation:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver snarast skapa rutiner för uppföljning av informationssäkerhet gentemot privata vårdgivare.

3.10 Förberedelser inför dataskyddsförordningen

Den 25 maj 2018 trädde dataskyddsförordningen ikraft. I jämförelse med personuppgiftslagen (PuL) ställer dataskyddsförordningen högre krav på personuppgiftsansvarige att visa att den följer förordningens bestämmelser. HSN är personuppgiftsansvarig för en delmängd av de personuppgiftsbehandlingar som regionen ansvarar för. I flertalet av dessa behandlingar är hälso- och sjukvårdsförvaltningen personuppgiftsbiträde. Avsteg eller överträdelser från dataskyddsförordningen kan innebära betydande sanktionsavgifter. Mot bakgrund av detta har revisionen granskat nämndens förberedelser inför dataskyddsförordningens ikraftträdande, för att bedöma om nämnden säkerställer att förordningen kan efterlevas. Revisionens bedömningar grundas på ett urval av dataskyddsförordningens artiklar.

Förvaltningen påbörjade anpassningsarbetet till dataskyddsförordningen 2016 genom att förvaltningens 130 IT-komponenter sammanställdes. En motsvarande sammanställning fanns inte tidigare. Under 2017 påbörjades en fördjupad beskrivning av IT-komponenterna utifrån 38 parametrar. Flera av parametrarna överensstämmer

med dataskyddsförordningens bestämmelser, som till exempel beskrivning/ändamål med behandlingen, ansvarig kontaktperson, typ av personuppgiftsbehandling, laglig grund för behandlingen och åtgärder för att skydda personuppgifter. När granskningen görs är samtliga IT-komponenter beskrivna på motsvarande sätt.

För ledning och styrning av förvaltningens anpassningsarbete finns en ledningsgrupp och en arbetsgrupp. Fram till förordningens ikraftträdande fanns även förändringsledare. Ledningsgruppen bestämde hösten 2017 att prioritera 40 IT-komponenter för att säkerställa att IT-komponenter som hanterar grundläggande information från vårdgivare om patientbesök och vårdtillfällen anpassas först. Anpassningsarbetet med de prioriterade IT-komponenterna, omfattar både att säkra informationssäkerhet och efterlevnad till dataskyddsförordningens bestämmelser och genomförs i sju steg: 1) bedömning av säkerhetsnivå, 2) egenkontroll i Compliance-portalen[48], 3) risk- och sårbarhetsanalys (riskutvärdering), 4) sammanställning av brister, 5) kostnadsberäkningar, 6) sammanställning av åtgärdsplaner och kostnadsbedömning samt 7) genomförande av åtgärdsplan. Per februari 2019 har:

- samtliga IT-komponenters säkerhetsnivå bedömts.
- 37 IT-komponenter egenkontrollerats i Compliance-portalen.[49] Egenkontroll av en IT-komponent pågår och en IT-komponent ska kontrolleras under våren 2019 medan en IT-komponent ska ersättas varav den inte ska kontrolleras.
- risk- och sårbarhetsanalys upprättats för 31 IT-komponenter. Risk- och sårbarhetsanalys är påbörjade för tre IT-komponenter medan för sex IT-komponenter är risk- och sårbarhetsanalys inte påbörjad.
- för 26 IT-komponenter har brister sammanställts, åtgärder kostnadsberäknats och åtgärder genomförs (steg 4–7).

För de 31 IT-komponenter som har en upprättad risk- och sårbarhetsanalys uppger förvaltningen sig ha god kännedom om vilka brister dessa IT-komponenter har, även om steg 4–7 ännu inte är genomförda. Förvaltningen genomför även ett arbete med att kartlägga övergripande och gemensamma brister i IT-komponenterna, vilket kräver dyrare och mera komplexa anpassningar.

Arbetet med IT-komponenter ingår även som aktiviteter i en tids- och aktivitetsplan som fastställdes i januari 2018 av ledningsgruppen för anpassningsarbetet. Tids- och aktivitetsplanen består av 29 aktiviteter[50]. Uppföljning per 2019-02-16 visar att 19 av 29 aktiviteter har genomförts. Aktiviteter som håller på att genomföras är t.ex. arbetet med IT-komponenterna och de tidigare beskrivna stegen.

---

[48] Compliance-portalen är landstingets IT-stöd för systematiskt in-formationssäkerhetsarbete. Med hjälp av frågeställningar knuta till områden/teman i Compliance-portalen kan förvaltningar och bolag i landsting göra egenkontroll av informationssäkerhetsarbetet och efterlevnad till dataskyddsförordningen.
[49] Egenkontroll av en IT-komponent pågår, en IT-komponent kommer att kontrolleras under våren och en IT-komponent ska ersättas varav den inte kommer kontrolleras.
[50] Ytterligare exempel på åtgärder är: utse dataskyddsombud, informera invånare/patienter på 1177 Vårdguiden om nämndens personuppgiftsbehandlingar och framtagande av avtalsmallar för personuppgiftsbiträde och instruktion till biträdet.

Det pågår ett arbete med att inventera och förteckna personuppgifter i IT-komponenter, i första hand de prioriterade IT-komponenterna. Inventering och förteckning av övriga personuppgifter, som t.ex. behandlingar i så kallat ostrukturerat material, har inte påbörjats. Inventerade och förtecknade personuppgiftsbehandlingar anmäls av berörd verksamhet i en särskild anmälningsblankett som lämnas till dataskyddsombudet. Ombudet överför sedan uppgifterna till en särskild registerförteckning. Anmälningsblanketten uppfyller kraven i dataskyddsförordningen för hur en personuppgiftsbehandling ska beskrivas. Registerförteckningen uppfyller till stor del de krav som ställs. Det som saknas i registerförteckningen är uppgift om tidsfristerna för radering av de olika kategorier av personuppgifter som behandlas (artikel 30 p.1 f).

Information om dataskyddsförordningen har även publicerats på 1177 Vårdguiden och på intranätet. Utöver detta har också rutin för registerutdrag inklusive medföljande informationsbrev och rutin för hantering av personuppgiftsincident tagits fram. Dessa dokument, tillsammans med fördjupad beskrivning och registerförteckningen, ska visa hur förvaltningen följer förordningen. Rutin för hantering av personuppgiftsincident följer dataskyddsförordningens artikel 33, som fastslår hur en personuppgiftsincident ska anmälas till datainspektionen. Rutinen anger dock inte vilken tjänsteman som ansvarar för anmälan till datainspektionen. Personuppgiftsbiträdesavtalsmall och instruktion till personuppgiftsbiträdet har tagits fram. Både avtalsmallen och instruktionen är i enlighet med dataskyddsförordningens bestämmelser. I revisionens granskning av hur nämnden hanterar informationssäkerheten (se avsnitt 3.9) framgår att det finns uppdaterade avtal för kartläggning av personuppgiftsbehandlingar mellan nämnden och vårdgivarna. De intervjuade uppger att processen för kravställning mot privata vårdgivare fungerar väl och att alla relevanta personer hålls uppdaterade.

Både ledningsgruppen och arbetsgruppen (i vilken förändringsledare ingått) har träffats regelbundet under 2018. Nämnden beslutade 2018-05-22 att utse tre dataskyddsombud med olika ansvar, i enlighet med förordningen. Dessa tre arbetar i princip på heltid som dataskyddsombud. Enligt dataskyddsförordningens artikel 37 ska dataskyddsombudets kontaktuppgifter offentliggöras och meddelas till datainspektionen. Revisionens kontroll med datainspektionen visar att dataskyddsombudens kontaktuppgifter har skickats in till inspektionen. Kontaktuppgifter till dataskyddsombuden finns på intranätet och på 1177 Vårdguidens webbplats.

Bedömning

Nämnden har i ett tidigt skede genom sammanställningen av IT-komponenter påbörjat sitt anpassningsarbete till dataskyddsförordningen. Det finns en dokumentering och ett strukturerat arbetssätt i anpassning av prioriterade IT-komponenter. Granskningen visar dock att samtliga IT-komponenter inte har hunnit anpassas utifrån samtliga steg. Utifrån att förvaltningen själv bedömt dessa IT-komponenter som prioriterade behöver ledningen öka takten i genomförandet.

När det gäller inventering och förteckning av personuppgifter har fokus varit på personuppgiftsbehandlingar i IT-komponenter. Det har inneburit att övriga

personuppgiftsbehandlingar inte har inventerats och förtecknats. För att ha en heltäckande och aktuell registerförteckning samt för att ha kontroll över sina personuppgifter bör ledningen vidta åtgärder så att samtliga personuppgifter dokumenteras i blanketten och anmäls till dataskyddsombudet, som överför uppgifterna till registerförteckningen.

Förvaltningen har tagit fram ett antal dokument som visar hur dataskyddsförordningen ska efterlevas. Det finns dock inget, vare sig av nämnden eller av ledningen, fastslaget styrdokument som definierar t.ex. hantering av personuppgifter, roller och ansvar i arbetet. Med utgångspunkt i nämndens omfattning, antalet IT-komponenter och dataskyddsförordningens krav på att kunna visa hur förordningen efterlevs är bedömningen att nämnden bör fastställa ett styrdokument motsvarande en dataskyddspolicy.

Rekommendationer:

- Nämnden bör fastställa ett sammanhållet dokument som beskriver dess hantering av personuppgifter.
- Ledningen bör vidta åtgärder så att i första hand prioriterade IT-komponenter och sedan övriga IT-komponenter anpassas till dataskyddsförordningen.
- Ledningen bör inventera och förteckna samtliga personuppgiftsbehandlingar.

3.11 Intern kontroll vid löneutbetalningar

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om HSN har tillräcklig intern styrning och kontroll avseende lönehanteringen med särskilt fokus på de nyckelkontroller som ska genomföras av respektive chef efter lönekörning.

Alla chefer som har ansvar för ett kostnadsställe får en utanordningslista från HR-avdelningen och ska granska listan samt signera den. Cheferna ska kontrollera att det är rätt personer på listan, med rätt lön för respektive person samt att frånvaro är korrekt registrerad. Listan skickas ut genom lönesystemet och det är också där som den elektroniska signeringen ska ske. Om fel upptäcks vid genomgång av utanordningslistan ska HR-avdelningen kontaktas och rättning/justering sker till nästkommande lön. Om personen har avslutat sin anställning eller om löneavdrag av någon anledning inte kan göras på nästkommande lön, uppstår en löneskuld.

Granskningen visar att drygt 80 procent av utanordningslistorna har signerats under 2018. För de osignerade listorna visar granskningen att det i huvudsak är några organisatoriska delar av HSF som är berörda. Vissa enheter har inte signerat någon lista alls under hela året.

Bedömning
Revisionen bedömer att den interna kontrollen behöver stärkas när det gäller de nyckelkontroller som ska genomföras av respektive chef efter lönekörning.

Rekommendation:

- Förvaltningsledningen bör säkerställa att rutiner följs så att alla chefer granskar och signerar utanordningslistor för löneutbetalningar.

3.12 Rapportering av avvikelser i arbetsmiljöarbete

I ett särskilt projekt[51] på Karolinska universitetssjukhuset har framkommit att det systemstöd som används för rapportering av avvikelser i arbetsmiljön, HändelseVis, har bristande funktionalitet. Exempelvis kan inte en patientrelaterad avvikelse och en arbetsmiljöavvikelse rapporteras samtidigt. HSF ansvarar för den centrala systemförvaltningen av HändelseVis. HSF bör därför, tillsammans med Karolinska universitetssjukhuset och övriga berörda aktörer, se över funktionaliteten i systemet bl.a. för att möjliggöra parallell registrering av patientrelaterad avvikelse och avvikelse i arbetsmiljöarbetet.

Rekommendation:

- Förvaltningsledningen bör tillsammans med Karolinska universitetssjukhuset och övriga berörda aktörer, se över funktionaliteten i systemet bl.a. för att möjliggöra parallell registrering av patientrelaterad avvikelse och avvikelse i arbetsmiljöarbetet.

3.13 Avrapporterade granskningar i delrapport

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

Behörighet kopplade till manuella bokföringsordrar

Revisionen har granskat om det finns dokumenterade rutiner för hantering av manuella bokföringsordrar och om rutinerna enligt attestordning följs. Enligt attestordningen ska manuella bokföringsordrar attesteras av två personer för att säkerställa s.k. dualitet (en första attest och en slutattest). Granskningen visade att de granskade bokföringsordrarna var korrekt attesterade i båda stegen. Rutinerna avseende hantering av manuella bokföringsorder är kända i verksamheten, men är inte dokumenterade. Ledningen rekommenderas att säkerställa att rutinerna avseende hantering av manuella bokföringsordrar dokumenteras. Rutinerna är numera dokumenterade och rekommendationen anses därför vara åtgärdad.

Granskning av förutsättningar för klinisk forskning

I ett särskilt projekt[52] 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.

---

[51] Landstingsrevisorerna, Projektrapport 11/2018 Systematiskt arbetsmiljöarbete på Karolinska universitetssjukhuset. Yttrande över rapporten ska lämnas senast 2019-05-31.

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

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. Samtidigt framförde revisionen till hälso- och sjukvårdsnämnden 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.

Hälso- och sjukvårdsnämnden uppger i sitt yttrande[53] att det är angeläget att bygga samarbete och samverkan med KI. I yttrandet beskrivs några konkreta exempel på samarbeten på olika nivåer. Vidare instämmer nämnden i att det har varit svårt att få omställningsavtalens intentioner att sippra ända längst ut i organisationen. Denna fråga kommer därför att hanteras i pågående arbete med kommande avtal för akutsjukhusen år 2020.

Granskning av introduktion av nya läkemedel

Revisionen har i ett särskilt projekt[54] granskat om systematiska åtgärder vidtas för att säkerställa kontroll av läkemedelskostnader vid introduktion av nya läkemedel. Revisionens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning behöver stärkas i flera avseenden.

Ansvar, roller och uppgifter i sakkunnigstrukturen är i vissa avseenden otydliga. Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente behöver revideras så att nämndens ansvar för kunskapsstyrning och Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) framgår. Nämnden bör komplettera instruktionen för SLK så att den stämmer överens med de arbetsformer som introducerats i och med landstingets medverkan i den nationella samverkansmodellen för introduktion av nya läkemedel samt ta fram styrdokument som dels definierar landstingets ansvar i den nationella samverkansmodellen, dels fastslår hur landstingets interna arbetsprocess är sammanlänkad med denna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver efterfråga utförligare underlag från förvaltningen för att kunna leva upp till sitt uppföljningsansvar, både avseende hur läkemedelsutvecklingen påverkar landstingets budget och för att säkerställa tillräcklig uppföljning av den läkemedelsstrategi nämnden beslutat om. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka avtalsstyrningen, dels genom att utveckla incitamenten inom läkemedelsområdet, dels genom att i avtalen tydliggöra att läkemedelsstrategin ska följas av vårdgivarna.

I sitt yttrande över rapporten instämmer nämnden i revisionens bedömning att instruktionen för Stockholms läns läkemedelskommitté behöver uppdateras och att ett

[53] HSN 2018-0579
[54] Landstingsrevisorerna, 3/2018, Introduktion av nya läkemedel

styrdokument bör tas fram, där landstingets ansvar, roller och uppgifter i samverkansmodellen definieras i förhållande till landstingets interna arbetsprocess. Däremot instämmer nämnden inte i revisionens bedömning att nämnden bör efterfråga utförligare underlag från förvaltningen om läkemedelskostnadernas utveckling och att tydligare incitament inom läkemedelsområdet i avtalsstyrningen behöver utvecklas. Revisionen önskade särskilt att nämnden skulle svara på hur denna avser att förtydliga uppdraget till hälso- och sjukvårdsdirektören att regelbundet följa utvecklingen inom läkemedelsområdet och efterfråga återrapportering av hur läkemedelsstrategin efterlevs. Detta har nämnden inte berört i sitt yttrande.

Granskning av cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov

Revisionen har i ett särskilt projekt[55] granskat om HSN:s styrning genom implementeringen av cancerplanen ger förutsättningar att bedriva cancervård som tillgodoser patientens behov.

Revisionens bedömning är att cancersjukvården styrs i enlighet med nationella, regionala och landstingsinterna styrdokument. HSN bedöms genom sättet att styra och organisera arbetet ha skapat förutsättningar för att implementera cancerplanen i samverkan med berörda verksamheter för att kunna tillgodose patientens behov. Uppföljningar, främst avseende ledtider, visar däremot att HSN i många fall i praktiken ännu inte lyckats säkerställa kontinuitet och tillgänglighet för patienter i cancervården.

HSN bör efterfråga en regelbunden (årlig) och samlad uppföljning och analys av läget inom cancervården för att få en bild av hur cancersjukvården i landstinget fungerar. Revisionen bedömer att mer patientrapporterade data behövs som underlag till uppföljningar för att öka kunskapen om hur samverkan fungerar mellan patienter och cancervården i syfte att säkerställa sammanhållna patientprocesser. Ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör vidare säkerställa att verksamheterna ges möjlighet att använda ledtidsdata för att identifiera och eliminera olika problem i patientflödet.

Nämnden har i sitt yttrande[56] behandlat de förhållanden som revisorerna särskilt framhållit och de rekommendationer som framförts i revisionsrapporten. Nämnden har i sitt yttrande beskrivit ett antal planerade åtgärder och konstaterar att sedan granskningen genomfördes har arbetet med att införa cancerplanen fortsatt, bland annat med avseende på ledtider inom standardiserade vårdförlopp. Nämnden har även beskrivit hur förvaltningen följer upp och analyserar läget inom cancervården men hur detta arbete ska delges nämnden har inte berörts. I yttrandet uppges vidare att möjligheten att kunna följa upp samverkan mellan patient och cancervård ökar i och med framtagande av nya omställningsavtal och en ny uppföljningsmodell för vårdavtal. Revisionen konstaterar att det är svårt att förhålla sig till detta när det

[55] Landstingsrevisorerna, 4/2018, Cancerplanens införande för att tillgodose patientens behov
[56] HSN 2018-1261

inte framgår vad som i avtal och uppföljningsmodell skulle leda till denna förbättring.

Granskning av habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning

Revisionen har i ett särskilt projekt[57] granskat om styrningen och utformningen av habiliteringsverksamheten i länet leder till en målgruppsanpassad, tillgänglig och patientsäker vård för personer med funktionsnedsättning. HSN har granskats, men även SLSO har berörts av granskningen.

Granskningen visar att de få kvalitetsmål som HSN formulerat i avtal för SLSO:s habiliteringsverksamhet i huvudsak uppnås men att nämndens avtalsstyrning samt vårdgivare och andra aktörers samverkan behöver utvecklas för att habiliteringsverksamheten 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. HSN behöver inför beslut om avtal och ersättningssystem göra bedömning av konsekvenser och effekter gällande gränssnitten mellan habiliteringsverksamheten och psykiatrin i vården av patienter med autismspektrumdiagnos. Nämnden bör i sin avtalsstyrning även tydligare klargöra habiliteringsverksamhetens ansvar i relation till kommunens insatser och säkerställa att nödvändiga insatser inte fördröjs av att kommun och habiliteringen inte kan erbjuda samordnat stöd och insatser.

Av yttrandet[58] från HSN framgår att nämnden instämmer i revisorernas bedömning att avtalsstyrning och samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas. Arbete pågår med ett nytt avtal som bland annat innebär att patientrelaterade kvalitetsmått inkluderas. Enligt yttrandet har förvaltningen för avsikt att under hösten påbörja en dialog för att klargöra de påtalade otydligheterna i gränssnitten mellan habilitering och psykiatri. Gällande behovet av att klargöra habiliteringens ansvar i relation till kommunens insatser hänvisar HSN framförallt till det arbete som redan sker i den tjänstemannagrupp som finns för samverkan mellan kommun och landsting (BUSSAM). Därutöver framför HSN exempel på ett antal övriga åtgärder som vidtagits eller planeras relaterat till iakttagelserna i revisionens rapport. Exempelvis har åtgärder vidtagits för att stärka kompetensförsörjningen, där habiliteringsteamens sammansättning har setts över relaterat till behoven hos olika patientgrupper.

3.14 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Internkontroll vid utbetalningar avseende vårdval

Revisionen har granskat HSN:s utbetalningar avseende vårdval. Faktureringsprocessen är till största delen automatiserad. Vårdpersonalen rapporterar in vårdhändelser i sitt interna system och skickar sedan uppgifter till HSF gemensamma vårdregister (GVR), antingen månatligen eller kontinuerligt. Informationen skickas via Ersmo

[57] Landstingsrevisorerna, 2/2018, Habiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning
[58] HSN 2018-0884

som klassar om inrapporterade händelser till produkter, till prissättningssystemet (HEJ) innan informationen förs över till Vårdfaktura (VF). I VF är allt förkonterat enligt HSF:s regler. En faktura skapas som godkänns av vårdgivaren och skickas till HSF för utbetalning. En översikt av de vanligaste faktureringsvägarna har tagits fram, vilket förenklar tillämpningen. Det kontrollerade området bedöms ha tillräckliga rutiner, kontroller och dokumentation för redovisningen, bokslutsprocessen och faktureringsprocessen.

3.15 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. Revisionen har vid årets uppföljning strukit flera tidigare lämnade rekommendationer, främst sådana som lämnades under åren 2012-2013. Skälet är att de antingen grundar sig på förhållandena som har ändrats eller att området kommer att granskas i projekt som finns med i den beslutade revisionsplanen för 2019. I bilaga 1 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

3.15.1 Läkemedelskostnader

Revisionen har följt upp en rekommendation från 2016[59] som lyder: ledningen bör stärka kontrollerna vid utbetalning av fakturor för subventionerade läkemedel för att säkerställa att läkemedlen har lämnats ut och att fakturorna innehåller korrekt läkemedel.

Problemet som konstaterades vid förra granskningen kvarstår; att vissa fakturor saknar specifikationer om vilket läkemedel som avses, uppgift om produktnummer och antal. Möjligheterna att stämma av fakturorna mot underlag är fortfarande begränsade, detta gäller både fakturorna direkt från apoteket och de som går via eHälsomyndigheten. Processen för fakturahantering är omständlig och tidsödande vilket minskar tillgänglig tid för uppföljning av avvikande fakturor, även om en viss förstärkning har skett sedan den tidigare granskningen.

Revisionen bedömer att den interna kontrollen vid utbetalning av läkemedelsfakturor har stärkts sedan granskningen 2016, men att den ännu inte är helt tillräcklig.

3.16 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll

Årets granskning har visat på avvikelser inom några områden som enligt revisionens bedömning visar att nämndens styrning och kontroll fortsatt behöver stärkas. Det gäller liksom för 2017 framförallt inom upphandlingsområdet och arbetet med FHS. Därutöver behöver även uppföljning av informationssäkerhet i upphandlad verksamhet från privata utförare stärkas.

Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver vidta ytterligare åtgärder och fortsätta förbättringsarbetet innan en tillräcklig intern styrning och kontroll av upphandlingsverksamheten kan säkerställas. T.ex. behöver rutiner utformas för en systematisk uppföljning av upphandling av interna varor och tjänster respektive upphandling av vårdtjänster. Ingen av revisionens tidigare rekommendationer

[59] Årsrapport 2016 HSN, avsnitt 3.10

på upphandlingsområdet bedöms har åtgärdats i sin helhet, även om vissa insatser har påbörjats.

Revisionen menar att hälso- och sjukvårdens politiska organ behöver ta ett aktivt ansvar för arbetet med FHS som behöver stärkas inom flera områden. Det gäller exempelvis en av de bärande idéerna i Framtidsplanen, nämligen utvecklandet av en nätverkssjukvård. Revisionen bedömer att det akuta omhändertagandet behöver utvecklas i syfte att ytterligare stärka omhändertagandet utanför akutsjukhusens akutmottagningar. Vidare är vårdnivåerna i det akuta omhändertagandet inte enhetliga och de ekonomiska incitamenten inte tillräckligt tydliga för att patientstyrningen och uppföljningen av patientflödena samt information till både allmänheten och sjukvårdssystemet i stort ska fungera. Det finns inte heller något beslutat sätt att mäta och följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet i sjukvården trots att ett av målen i FHS är effektivare vård. Revisionen menar att en samlad analys av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna fått för vårdsystemet behöver göras så att en ny parlamentarisk utredning kan bygga vidare på erfarenheter från hittills genomfört arbete.

Nämnden behöver skapa rutiner för uppföljning av informationssäkerhet gentemot privata vårdgivare, vilket understryks av den nyligen inträffade händelsen med känslig patientinformation från 1177.se som lagrats oskyddad.

Baserat på den sammantagna granskningen 2018 så är bedömningen oförändrad jämfört med 2017.

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

4 Räkenskaper

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

4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse)

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

4.2 Specialdestinerade statsbidrag

Revisionen granskar kontinuerligt hanteringen av statsbidrag. Specialdestinerade statsbidrag är avsedda för en bestämd verksamhet eller ett visst ändamål och ska redovisas i resultaträkningen tillsammans med övriga verksamhetsknutna intäkter. De kräver i regel någon form av motprestation och återrapportering och ska i normalfallet redovisas i den period där prestationerna har utförts.

Revisionen granskade 2017 arbetet med att avsluta ett antal driftprojekt inom psykiatrin. Revisionen bedömde då att redovisningen av specialdestinerade statsbidrag inte skedde på ett helt tillfredställande sätt. Revisionen gör nu bedömningen att det arbete som pågick under 2017 med att avsluta äldre projekt till stora delar är genomfört och merparten av de äldre projekten har avslutats (och kvarstående medel har intäktsförts) under 2018. Vidare görs bedömningen att de nya projekten har periodiserats korrekt i bokslut 2018.

4.3 Konsultkostnader

En granskning har gjorts av om de konsultkostnader som redovisas i årsrapporten överensstämmer med den ekonomiska redovisningen. Granskningen har visat att konsultkostnaderna i redovisningen uppgår till 84,4 mnkr, vilket i stort överensstämmer med vad som framgår av bilaga till årsrapporten. Ett stickprov på tre leverantörer från konsultbilagan har visat att kostnaderna överensstämmer med det som är bokfört i ekonomisystemet. Granskningen har inte visat att konsultkostnader, med några väsentliga belopp, skulle ha bokförts på andra konton än de ovan angivna.

Utöver konsultkostnaderna, uppgår kostnaderna för inhyrd personal till 6,2 mnkr. Ett stickprov på tre fakturor visar att begreppet ”konsult” förekommer på samtliga fakturor.

4.4 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

4.5 Samlad bedömning av räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2018

Nämnden har 2019-02-19 lämnat yttrande över delrapporten för 2018. Nämnden har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening. Nämnden har bland annat kommenterat pågående arbete dels vad gäller delmål och indikatorer för fullmäktiges övergripande mål specifikt för nämnden, dels i syfte att förbättra upphandlingsverksamheten.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2012 (Projekt 10/2012) ID:706	Riskanalyserbörgörasvidinförandeavnya vårdvaldäroönskadesidoeffekter,som eventuellaundanträngningseffekterbeaktas.		X		Riskanalysergenomförsvidinförandeav nyavårdvaliförvaltningensrespektive beställaravdelningar,NSV,SSVochSV. Utförandeochdokumentationvarierar beroendepåområdeochavdelning, exempelvistasinomsomatisk specialistvårdalltidettidé-PMframdär riskanalysendokumenteras.Genomgående beaktasdockiriskanalysernatillexempel hurangränsande vårdområden/avtalsområdenpåverkasoch vilkamarknadsrisker,som undanträngningseffekter,somfinns. Rekommendationenbedömsdelvisvara åtgärdad.Områdetingårirevisionens löpanderiskanalysochrekommendationen tasdärförbortfrånochmedrevisionsår 2019.
2012 (Projekt 2/2012) ID:430	HSNbörsäkerställaengemensambildav förstalinjensochdenspecialiserade psykiatrinansvarföratttillgodose patienternasbehovbehöversåväl förtydligasiavtalensomförstärkasgenom uppföljning.Detgäller: -rutinerochprocesserföreneffektiv samverkanmellandebådavårdnivåerna -denpsykosocialakompetensenoch bemanningenvidhusläkarmottagningarna -denspecialiseradepsykiatrinsuppdragatt gekonsultationer		X		Ettarbetepågårinomförvaltningen. Frågornakommerävendelvisattberörasi detvåprojektgranskningarnarörande slutenrespektiveöppenpsykiatriskvård, 2.5och2.6irevisionsplanenför2019. Rekommendationentasdärförbortfrånoch medrevisionsår2019.
2012 (Projekt 13/2012) ID:433	HSNbörstärkasambandetmellandetsom följsuppochdetsomavtalatsförattbättre kunnabedömaomvårdgivarnafaktiskt leverupptillställdakrav.		X		Arbetetmedattutveckla avtalsuppföljningsprocessenfortskrider enligtplan,inklusiveettarbetemedatt stärkasamverkanochkompetensinom förvaltningen.Utifrândettauppdragharett förslagtillförvaltningsövergripande uppföljningsrådtagitsfram,varsfrämsta uppdragärattstärkaprocessoch kompetenskringhanteringavbristande följsamhettillavtal.Enpilotavenmallför sammanställddokumentationav avtalsuppföljning,kommerattgenomföras föruppföljningav2018årsvårdproduktion ochvårdkvalitet.Isamverkanmed Utvecklingsavdelningenharettarbete påbörjatsmedettgemensamtramverkför uppföljning2019,därrepresentationfinns fördetrefunktionsansvarenföruppföljning avvård.Frågornakommerdelvisatt berörasavrevisionensprojekt2019om avtalsuppföljning(1.2)därengranskning skagörasavomHSNsäkerställeren tillräckligavtalsuppföljningsåattvaroroch tjänstererhållstillöverenskomnavillkor. Rekommendationentasdärförbortfrånoch medrevisionsår2019.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2012 (Projekt 15/2012) ID:434	HSNbörsäkerställaattförvaltningens processerochrutinerförattutveckla ersättningsmodellerimplementerasoch efterlevs.		X		Planförhurersättningsmodellerutformasi avtal(HSN2017-0197)ärnu implementeradivårdavtalsprocessenoch finnsdärmedtillgängligviaintranätet. Arbetetmedattgöradokumentetmera käntinomförvaltningenfortsätterunder 2019.Områdetingåravenirevisionens framtidariskarbete.Rekommendationentas bortfrånochmedrevisionsår2019.
2012 (Projekt 13/2012) ID:730	HSNbörsetillattgenomföraenstörre systamatikiuppföljningenavvårdgivare genomattbl.autökaochsystematisera åtgärderochmetoderiuppföljningsarbetet isyfteattbättrekunnasäkerställaatt vårdgivareleverupptillskallkraven.		X		Arbetepågåriförvaltnigenmedatt utvecklaavtalsuppföljningsprocessen.Ett förslagtillförvaltningsövergripande uppföljningsrådhartagitsfram,vars främstasyfteärattstärkaprocessoch kompetenskringhanteringavbristande följsamhettillavtal.Enpilotavenmallför sammanställddokumentationav avtalsuppföljning,kommerattgenomförasi förvaltningen,föruppföljningav2018års vårdproduktionochvårdkvalitet. Förvaltningenharävenpåbörjatettarbete atttaframettgemensamtramverkför uppföljning2019.Områdetkommerocksåatthanterasiprojektgranskningen1.2 Avtalsuppföljningirevisionsplanenför 2019.Rekommendationentasdärförbort frånochmedrevisionsår2019.
2012 (Projekt 15/2012) ID:707	HSNbörsetillattförvaltningeninförrutiner förensystematiskutvärderingav ersättningsmodellernasåatterfarenheter bättretastillvaraidetfortsatta utvecklingsarbetet.		X		HSFhargenomförtanalyserav ersättningsmodellernaavseende Husläkarmottagning,VVortopedioch handkirurgi,VVRyggkirurgisamt Akutsjukhusensomställningsavtal. Resultatenharanväntsförvidareutveckling avavtal.Enanalysplanhartagitsframför 2019innehållandebl.a.utvärderingarav nyavårdkonceptsåsombröstcentrum, akademisktspecialistcentrumoch befolkningsinriktathälsofrämjande tilläggsuppdragtillhusläkaruppdraget. Områdetkommerävenattingårevisionens framtidariskarbete.Rekommendationentas bortfrånochmedrevisionesår2019.
2012 (Projekt 15/2012) ID:708	HSNbörkompletteragenomförd kartläggningavavtalmedenanalysav avtalensinbördesförhållande.Dettaföratt bl.a.minskariskenförsuboptimering.		X		Under2018harettarbetegenomförtsför attutarbetaenny,standardiserad avtalsmall.Arbetet,somärendelavatt utveckladenförvaltningsgemensamma avtalsprocessen,harbedrivitsien förvaltningsövergripandegruppochett förslagtillmallharremitterats.Nästasteg ärattutformamallenmedsiktepåattden skakunnabörjaanvändasijuli2019.I sambandmedframtagandenavnya vårdavtalfinnsstyrgrupperinomsåvälSSV oNSVmedrepresentationfrånvarandras avdelningarförattförbättrasamverkanatt minskariskenförsuboptimering.UAär ocksårepresenteradeidessa.Området ingårävenirevisionensframtidariskarbete. Rekommendationentasbortfrånochmed revisionsår2019.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2013 (Projekt 11/2013) ID:712	HSNbörinfördetfortsatta utvecklingsarbetetaversättningsmodellen inomvuxenpsykiatringenomföraen systematiskutvärderingavommodellen gerefterströvadstyreffekt.		X		Isambandmednyaupphandlingar utvärderasombefintligahaftavsedd styreffektvarefterjusteringargörsvid behov.Iutvärderingarnabeaktassådana styreffektersomkommittillbeställarens kännedom,genomegenuppföljningellerpå initiativfrånvårdgivare.Iarbetetmednya avtalmedSLSOför2019genomfördes utvärderingochförändringidialogmed SLSOsominnebarattmodellenanpassatsi aktuellaupphandlingar.Projektmedelhar beviljatsnov2018förkartläggningav uppfattningaromochkonsekvenseravatt bytaersättningsmodellinompsykiatrisk öppenvårdilandstingsdrivenregii Stockholm.Projektetgenomförsavforskare ochexpertisinomområdetekonomistyrning ihälso-ochsjukvårdssystem.Områdetkan kommaattberörasirevisionens projektgranskningrörandedenpsykiatriska öppenvården(2.6)irevisionsplanenför 2019.Områdetingåräverevisionens framtidariskanalysochrekommendationen tasdärförbortfrånochmedrevisionsår 2019.
2013 (Projekt 10/2013) ID:420	HSNböriavtalenmedvårdgivareutveckla ochtydliggöraformuleringarochspecificera kravenpåattutbildningsplatserska anordnas,ivilkenomfattningochtillvilken kvalitetsåattuppföljningsbarakravkan ställaspåvårdgivarna	X			Detnyautbildningsuppdragethar formuleratstillavtalskravochförstini förvaltningensmallarunderQ12018.Det innebärattkravetförsinsuccesivtvid revideringar,nyaupphandlingarochnya avtalmeddenegnaregin.Dessutomharen prioriteringgjortsavvilkaområdesomdet äravsärskildviktattinförakraveti löpandeavtal.Deinnbärattallavårdgivare, oaktatdriftsform,påanmodanav Stockholmslänslandstingskamedverkai ochtillhandahållaST-platser.
2013 (Projekt 8/2013) ID:716	HSNbörsamordnabefintligastyrmedel såvälinomdenprehospitalavårdensomi relationtillangränsandevårdgivareisyfte attfrämjaettbättresamlat resursutnyttjande	X			HSFbeslutade2016attinrättaen strategiskkoordinatorfunktionsomska arbetamedstrategiskplaneringoch koordinering,samverkanmedberörda aktörer,uppföljningochutvärderingsamt hanteringavavvikelserochriskanalyser. HSNhar2016fattatettinriktningsbeslutför denprehospitalavårdensomframhåller behovetavstärktsamordningmellanolika aktörerochtransportslag.Beslutet inkluderarbl.a.enmerdifferentierad prehospitalstrukturmedpermanent sjuktransportorganisation,ensamordnad prehospitalläkarfunktionochinrättandetav ettlandstringsgemensamtkliniskt träningscentrum.Inriktningsbeslutet bedömsdelvisharealiseratsgenombl.a. beslutomnyaavtalmed ambulansvårdgivareochbeslutomnytt avtalmedAISABomtjänstenprehospital särskildsjukvårdsledningunder2018. Rekommendationenbedömsihuvudsak somåtgärdadochtasdärförbortfrånoch medrevisionsår2019.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2013 (Projekt 11/2013) ID:713	HSNbörstärkasambandetmellandetsom avtalatsochdetsomföljsuppförattbättre kunnabedömaomvårdgivarnaleverupp tillfastställdakrav.		X		Psykiatrienhetenharskapatenheltny uppföljningsmodellmedavsiktattanvändas viduppföljningenavenhetensvårdavtal. Målsättningenäratt;-vårdavtalskaföljas upppåettlikvärdigtsätt.-öka möjligheternaförattföljauppsådantsom ärviktigt.-ökajämförelserövertidoch mellanvårdgivaresamtanalys.Slutligenär måletattviförutomkontrollav avtalsefterlevnadävenanvänder uppföljningenförattstimuleraförbättrad kvalitetavvårdochomsorg. Modelleninnebärattlöpande,systematiskt ochstruktureratföljaproduktion, tillgänglighetochkvalitetpåårsbasismed datafrånolikakällor.Deindikatorervivalt attföljasomhämtasfrånförvaltningens leverantörsuppföljningsdatabas,bestårav inrapporteradproduktionsdata,har kvalitetssäkratsiettsärskiltarbete.Vihar ocksåutvecklat,förbättratochutbildat personalenivårtdigitalauppföljnings-och analysverktyg(VisualAnalytics).Denna löpandeuppföljningutgörtillsammansmed tidigareårsiakttagelser,underlagför riskbedömningochanalysochresulterari enårliguppföljningsplan-alltsåetturvalav allmöjliguppföljning,sombeställaren väljerattstyramotdetåret. Videttantaluppföljningsmötenmed vårdgivare,enskiltochigrupp,kommer kvalitetenföljasuppochdialogföraskring olikatemaområden.Uppföljningenkommer ocksåinnebäradialogomhurinförda förändringarexvnyastyrmodellerkring ersättningellertillitsstyrningharfallitut. Modellenomfattarävenhanteringoch uppföljningavsignalervifårpå brister/avvikelserivården. Arbetetmedframtagandetav uppföljningsmodellenhargjortsinära dialogmedSLSOochbrukarföreträdareoch kommerfortgånärdetgällerfortsatt utvecklingavmodellen.Inför implementeringavmodellenhar psykiatrienhetensettöverochförändrat organisering,ansvarsområdenoch arbetsfördelningipersonalgruppen. Rekommendationenansesdelvisvara åtgärdad.Förutsättningarnaförområdet hardelvisändratssedangranskningen. Aktuellafrågorkommerdelvisattberöras avrevisionensprojekt2019om avtalsuppföljning(1.2),därgranskning kommerattgörasblaavomHSN säkerställerentillräckligavtalsuppföljning såattvarorochtjänstererhållsienlighet medöverenskomnavillkor. Rekommendationentasbortfrånochmed revisionsår2019.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2013 (Projekt 8/2013) ID:715	HSNbörtaframmålfördenprehospitala vårdensomhelhetsomkananvändasför attställakraviavtalsåattolikaaktörers uppdragblirtydliga.	X			HSNtogunder2016ettinriktningsbeslut fördenprehospitalavården2017-2025, vilketblandannatinnehållerövergripande målochvissastandarderfördennavård. Inriktningsbeslutetinnehållerävenen förstärkningavläkarresurserijourbilaroch samordningavdennaresursmedSOS Alarmochambulanserna,samtviss förstärkningavhuvudmannastyrningen. HSFbeslutade2016attinrättaen strategiskkoordinatorfunktionvilkenbl.a. skaarbetaförattdemålsombeslutasav HSNskauppnås.Rekommendationen bedömsihuvudsaksomåtgärdad.
2014 (Projekt 16/2014) ID:924	LandstingsstyrelsenochHSNbör systematisktseöverochsamordnasina sammantagnakravpåinrapporteringoch uppföljninggentemotvårdgivarnaisyfteatt minskadenadministrativabelastningen inomhälso-ochsjukvården.		X		Inomförvaltningensprogramdigitalisera Avtalochutbudettflertalstatsningarsom syftartillatteffektiviseraadministrationför såvälvårdgivaresomHSF.
2014 (Projekt 7/2014) ID:577	Landstingsstyrelsenochhälso-och sjukvårdsnämndenbörstärkainformations-ochkunskapsöverföringenmellansåväl egnasomprivatavårdgivare,föratt utvecklasamarbetetie-hälsofrågor.		X		Samordningen,påövergripandenivåiFOA-strukturen,mellandenegenägdavården ochprivatavårdgivareharvaritsvårtattfå attfungeraipraktiken.Måletochsyftet meddetövergripandeforumet(tidigare kallatRSIT)harvaritoklarochhäraven varieratövertidberoendepådeltagare. Samordningsforumethardärförupphört. Denhuvudsakligainformationsdelningen ochsamordningenskeriställetgenom respektiveobjektiFOA:nexempelvis ”Graviditet och förlossning” där både privatavårdgivareochdenegenägda vårdeningåriobjektetsstyrgrupp.HSFhar ävenregelbundnasamverkans-forumiform av ”bransch-råd” där såväl egna som privatavårdgivareärinbjudna.Häruppges förutsättningarnavaragodaförenväl fungerandeinformations-och kunskapsöverföring.Följsuppisamband meddelårsgranskningen2019.
2014 (Projekt 9/2014) ID:717	HSNböriavvaktanpåresultatav utvecklingsarbetetstärkastyrningenav samverkanmellanvårdgivarnaoch uppföljningenavhurvårdenfungerari gränssnittenmellanvårdgivarna.		X		Iprojekt9/2017och4/2017framkommer attavtalsuppföljningenimycketliten utsträckningfångaruppsamverkanochvad somskerigränssnittenmellanvårdgivare. Vidareframkommeridessaprojektattdet ärfortsattoklartivilkenutsträckning avtalenskastyraarbetssätti vårdövergångarochsamverkanmellan vårdgivare.Undersommaren2018haren förstudiepåbörjatsförattkartlägga behovetavattmätaochföljaupp samverkanmellanvårdgivare.Följsuppi sambandmedårsgranskningen2019.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2014 (Projekt 9/2014) ID:504	HSNböriavvaktanpåresultatav utvecklingsarbetetsetillattkvalitetenoch sökbarheteniutbudsinformationenom vårdgivarnapå1177Vårdguidenförbättras.		X		Dethargjortsinsataser,information hämtasfrånannankällaäntidigareoch detpågårettarbetemedattförbättra informationen.Granskningenavremisser 1/2017våren2017visadedockattdet fortfarandevarettproblemförremitenter attfåtillgångtilluppdateradeinformationen omvårdutbudet.Granskningenavvårdens gränssnitt4/2017underhösten2017 visadeattinformationomtilläggsuppdragen iavtaleninteärtillgänglig.Enligtvadsom framkomavgranskningenåterstoddeten heldelarbeteinnaninnaninformationen kundefinnastillgängligpåett användarvänligtsätt.Följsuppisamband medårsgranskningen2019.
2015 (Projekt 4/2015) ID:740	HSNbörstärkasinlöpandeuppföljningav vilkagruppersomfårtillgångtillASiHsamt avtillgänglighetenavseendeväntetidertill ASiHideolikageografiskaområdena.		X		Nyttbedömningsstöd(2017-06-29)har tagitsframförattsäkerställaatträtt målgrupperfårtillgångtillASIH. Kartläggning/analyspåmålgruppsnivåhar intepåbörjatsKommerattinkluderasi utredningenomFramtidenshemsjukvård under2019somhörtillutredningen Sammanhållenseniorvård.Under2019ska äveneffekternaavtakkonstruktionenför antaletinskrivnasamt medelinskrivningstidenpervårdgivareoch områdefortsättaföljasuppochutvärderas.
2015 (Projekt 10/2015) ID:748	HSNbör,medstödavlandstingsstyrelsen, säkerställaattrelevantakravställspåett enhetligtsättiavtalenmedprivata vårdgivaresåattlandstingsstyrelsens förvaltningkanfåunderlagföratt genomföralänsövergripandekartläggning avkompetensbehovet.		X		Detfinnsbeslutomattinföraen organisationinomHSFföratt utbildningsuppdragetochdesssamverkan medcentralaförvaltningargenomförs (HSN20170891).Kravenfinnsinuvarande mallarochidennyamallsomutarbetats under2018ochsomkommerattinföras under2019blirenhetlighetenänstörre.
2016 Årsrapp ID:1085	Nämndenbörstärkaarbetetmedde nationellainvånartjänsternasåattdebidrar tilletteffektivtresursutnyttjandegenomatt tydliggörademålsomskauppnåspå verksamhetsnivå.		X		Arbetetmedattdefinieravad"digital vårdgaranti"innebärhardragitutpåtiden. Ibudgetför2019finnsytterligare förtydligandensomskaparförutsättningar förattarbetetskakunnarealiserasunder 2019,isamverkanmedövrigaavdelningar. Digitalvårdgarantiomfattarbådekravpå vårdgivareatttillhandahålladigitala tjänster,förtydligandeomsvarstiderpå digitalakontakterfråninvånaretvården samttillgänglighetförolikagrupper(texm funktionsnedsättningar)tilldigitalatjänster samtöversynavavtal,ersättningsmodeller samtuppföljningutifrånett digitaliseringsperspektiv.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2016 (Projekt 8/2016) ID:953	Landstingsstyrelsenochhälso-och sjukvårdsnämndenbörgemensamt förtydliganämndensrollochinsatseri strategiskafastighetsinvesteringaroch prioriteringarienlighetmed investeringsstrategin.	X			Utifrångenomfördgranskningunder2018 bedömerrevisionenatthälso-och sjukvårdsnämnden,tillskillnadfrån tidigare,nutarenmeraktivrolliden övergripandeplaneringenavvårdens fastighetsinvesteringarochävengenomfört prioriteringarmellanmöjliga investeringsobjekt. Frånochmed2019finnsdetinga skrivningarinämndensreglementesom kopplarnågotansvarförnämndentill regionensfastighets-och investeringsstrategiskafrågoravseende vårdensfastigheter.
2016 (Projekt 4/2016) ID:906	Isyfteattstärkarehabiliteringsprocessen börkravenpåsamverkaniavtalförtydligas ochkoordinerassåattvårdaktörer,oavsett vårdnivåochhuvudman,hartydliga incitamentförsamverkan.		X		Granskningenomvårdensgränssnitt 4/2017visarnärdetgällersamverkanatt detfinnsskillnadermellanavtalsom förefaller vara omotiverade – särskilt då det ärpartersomskasamverkakringsamma patienter.Rekommendationenkvarstår.
2016 (Projekt 4/2016) ID:905	Helhetsansvaretför rehabiliteringsprocessenochansvaretvid övergångarmellanvårdaktörerbehöver förtydligasochkommuniceras.		X		Helhetsansvaretför rehabiliteringsprocessenochansvaretvid övergångarmellanvårdaktörerbehöver fortsattförtydligasochkommuniceras.Från 1september2018finnsmöjlighetenför PVRattanslutasigtillettnytilläggstjänst, enmöjlighetförrehabpersonalattgöra mottagningsbesökpåhusläkarmottagning ochBUMM.Förvaltningensförhoppningär attdettakanmedverkatillattansvaretför rehabiliteringvidövergångenmellan husläkarmottagningenoch primärvårdsrehabiliteringförbättras. Sammaåtgärdplanerasattinförasivårdval specialiseradfysioterapi.
2016 (Projekt 2/2016) ID:911	Hälso-ochsjukvårdsnämndenbör säkerställaattdetfinnsgemensamma rutinerförattskapaenenhetligtolkningi överensstämmelsemedLOUavhurFoU-undantagetkantillämpasochattbesluten dokumenteras.		X		Förbättringsarbetetsompåbörjades2016 harförsenats.Påhösten2018haren inköpsstrateganställtspåHSFochdärmed finnsnumeraeninköpsfunktionförinterna varorochtjänster.Funktionenska säkerställaprocesser,rutineroch nödvändigainternakontrollerkring upphandling,avropochdirektupphandling avinternavarorochtjänster. Utvecklingsarbetetgällandeförvaltningens inköpavinternavarorochtjänsterkommer fortlöpaunder2019.
2016 (Projekt 6/2016) ID:913	HSNbörstärkasinuppföljningavbåde adhd-ochdiabetesvårdenförbarnbl.a.för attsäkerställaföljsamhetentill nationella/regionalavårdprogram.		X		Genomlysningenavvårdkedjan(från upptäckarnivå,genomutredningtillinsatser ochuppföljning)förbarnochungamed ADHDochASDberäknasbliklarunder hösten2019.Reultatetskautmynnai konkretaförslagpåhuromhändertagandet avmålgruppenkangörasbättre.
2016 (Projekt 6/2016) ID:914	HSNbörsäkerställaattvårdkedjanisin helhetförbarnmedadhduppfyllerdetsom vårdprogrammetochSocialstyrelsens kunskapsstödförespråkar.		X		Riktlinjernabehöveruppdaterasoch kommerattreviderasunder2019.Följs uppisambandmedårsgranskningen2019.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2016 (Projekt 7/2016) ID:915	HSNbörsäkerställaattIT-stödmed informationsomunderlättareneffektiv styrningtillrättvårdnivåutvecklas		X		Arbetepågårmedattfortsättautveckla triageverktygetRETTSochattverktygethar integreratsiFRAPP.RETTSkanhjälpatill medattstyrapatienterfrånambulansentill rättvårdform,tillexempelnärakut.Följs uppisambandmedårsgranskningen2019.
2016 (Projekt 7/2016) ID:916	HSNbörformaliseraansvaretsåatten operativkoordineringkommertillståndför attmöjliggörastyrningochhänvisningtill rättvårdnivå	X			Uppdragsbeskrivningförrollernastrateigsk ochoperativkoordinatorärframtagenoch beslutad.Kompetensutvecklingsplanför operativ koordinatorärbeslutadochinplementeras undervåren2019.Deolikabeslutade vårdprocessernaärendelavstyrnignentill rättvårdnivå,dessaärkändafördesom prioiriterarochdirigerarochdesomabetar inomdetprehospitalaområdetsamt 1177.vårdgvuiden.UnderåretharHSF arbetatframHänvisningsstödet,dettagäller förallainomhälso-ochsjukvårdeniSLL ochmöjliggörenstyrningtillrättvårdnivå. StrategiskkoordinatorfrånHSFhar regelbundamötenmedfunktionenoperativ koordinator.MötenaskerpåSOS-centralen ochinnehållerutvecklingsfrågor, patientstyrningsfrågoroch avvikelsegenomgång.Funktionenhar utvecklatsbraochärenuppskattadresurs förtjänstemaniberedskap,prioriterings-ochdirigeringstjänsten,prehospitala vårdgivare,övrigavårdensamtbeställaren.
2016 (Projekt 7/2016) ID:917	HSNbörsäkerställaattenstrukturför utvecklingochförvaltningav direktstyrningprocessertillolika vårdområdenetableras				ArbetetmedattläggainprocesseriFRAPP pågår.Följsuppisambandmed årsgranskningen2019.
2016 (Projekt 2/2016) ID:909	Hälso-ochsjukvårdsnämndenböriett systematisktförbättringsarbeteutarbeta riktlinjerochverktygföruppföljningsom syftartillattminskariskenföröverträdelser avupphandlingslagstiftningen.		X		Förbättringsarbetetsompåbörjades2016 harförsenats.Påhösten2018haren inköpsstrateganställtspåHSFochdärmed finnsnumeraeninköpsfunktionförinterna varorochtjänster.Funktionenska säkerställaprocesser,rutineroch nödvändigainternakontrollerkring upphandling,avropochdirektupphandling avinternavarorochtjänster. Utvecklingsarbetetgällandeförvaltningens inköpavinternavarorochtjänsterkommer fortlöpaunder2019.Iyttrandetöver revisionensdelårsrapport2018uppgesatt rutinerförsystematiskuppföljningav upphandlingavvarorochtjänsterkommer atttasfram.Iochmedpubliceringenav dennyaAvtalshandbokenpåintranätethar tillgänglighetentillderiktlinjeroch handlingarsombehövsförattuppfylla riktlinjernaökat.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2016 Årsrapp ID: 1009	Nämnden bör fatta ett nytt beslut där det tydliggörs vem som har rätt att underteckna handlingar för nämndens och delegaternas räkning.		X		Under 2018 har ett arbete med en översyn av hälso- och sjukvårdsnämndens delegationsordning påbörjats bland annat i syfte att säkerställa att nämnden kan behålla ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten. I samband med beslut om ny politisk organisation behövdes arbetet utvidgas till att omfatta också Vårdens kunskapsstyrningsnämnd. Arbetet inkluderar även frågan vem som har rätt att underteckna handlingar för nämndernas och delegaternas räkning. Utkast till delegationsordning har arbetats fram och beslut beräknas kunna tas i samband med de båda nämndernas första sammanträde 2019. Härefter kommer utbildningsinsatser att tas fram och genomföras på förvaltningen.
2016 Årsrapp ID: 1008	Nämnden bör säkerställa att den delegation som ges är så preciserad så att nämnden fortfarande kan behålla ledningen, kontrollen och ansvaret för verksamheten.		X		Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under 2018 arbetat med översyn och förtydligande av hälso- och sjukvårdsnämndens delegationsordning samt påbörjat arbete med rutiner och riktlinjer för bland annat anmälan av delegationsbeslut. En delegationsordning har även tagits fram för Vårdens kunskapsstyrningsnämnd. Beslut om delegationsordningarna tas i respektive nämnd i början av mandatperioden 2019 och därefter kommer utbildnings- och kommunikationsinsatser att genomföras på förvaltningen.
2017 Årsrapp ID: 1239	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta en mer aktiv roll i utformningen av om- och tillbyggnaden vid S:t Görans sjukhus.	X			I dagsläget bedöms HSN, genom sin förvaltning, ta en aktiv roll i utformningen av om- och tillbygnaden vid S:t Götans sjukhus, bland annat som ordförande för styrgruppen för om- och tillbygnaden.
2017 (Projekt 9/2017) ID: 1169	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra närakuterna resp. husläkarverksamheten som olika vårdnivåer för att säkerställa att omstyrningen av vård kan ske.		X		HSF har under året arbetat fram ett gemensamt hänvisningsstöd för att patienterna ska komma till den mest adekvata vårdnivån direkt och för att alla vårdgivare inom SLL ska utgå ifrån samma rekommendationer i sin triage. Hänvisningsstödet kommer löpande att utvärderas, och utvecklas de kommande åren för att stödja omställningen av hälso- och sjukvården i Stockholm. Som ett led i detta arbete kommer en ny, mer användarvänlig webbaserad version av hänvisningsstödet att lanseras under oktober månad 2018. Det finns också en funktionsbrevlåda dit synpunkter på hänvisningsstödet kan adresseras. HSF har också i alla kommunikationsinsatser till befolkningen och internt inom landstinget samt vid de dialogmöten med vårdgivare som genomförts under året, tydliggjort skillnaderna i vårdnivå mellan närakut och husläkarverksamhet.

Sammanställningochuppföljningavlämnaderekommendationeravseende tidigareårochinnevarandeår:Hälso-ochsjukvårdsnämnden,Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 (Projekt 9/2017) ID:1170	Hälso-ochsjukvårdsnämndenbör tydliggöravilkait-systemsombehövsför atthusläkarverksamhetenskakunna fungerasomnavisjukvårdssystemetpå kortochlångsikt.				HSFharbeslutatattavvaktaytterligare insatserinomdettaområdedå utvecklingsprogrammetframtidens vårdinformationsmiljöpågårochkommer fåstorpåverkanpådenframtidaITmiljön förhusläkarmottagningarna.Chefenpå enhetenförallmänmedicinochgeriatrik ingåriFVM-arbetetinomramenför nyttohemtagningenvilketberördeområden sombelysesirapporten,dvshurviskapar förutsättningarförmestamöjliganyttaför patientochvårdgivare.
2017 (Projekt 9/2017) ID:1168	Hälso-ochsjukvårdsnämndenbör konkretiserahusläkarverksamhetens samordnandeochkoordineranderoll,inte minstvidvårdövergångar.		X		Ijanuari2018träddeennylagom samverkanvidutskrivningfrånsluten hälso-ochsjukvårdikraft.Övergångentill nyaarbetssätt,ienlighetmedlagen,sker underhösten2018.Idenyaarbetssätten fårhusläkarmottagningenettsamordnande ansvarvidutskrivningfrånslutenhälso-ochsjukvård.Förvaltningenharutretthur viskullekunnamöjliggöraförflerattfå tillgångtillfastläkarkontakt.Förvaltningens inriktningärattförändranuvaranderegler förattgöradetmöjligtattlistasigävenpå läkaresominteärtillsvidareanställda. Förslagetplanerasattingåirevideringenav FFUinför2019.Följsuppisambandmed årsgranskningen2019.
2017 (Projekt 5/2017) ID:1100	Hälso-ochsjukvårdsnämndenbör säkerställaattupphandlingarpåbörjasiså godtidattrimligamöjlighetergesatt genomföraalladelarav upphandlingsprocessenaffärsmässigtochi enlighetmedstyrdokument.		X		Medvetenhetenuppgesvarahöginom förvaltningenomviktenavatthaengod framförhållninginförkommande upphandlingar.Förvaltningenharnyligen tagitframdelsettstödverktygföratt säkerställatidsplanering,delsettramverk förattutvärderaombefintligaavtalska förlängasellerinte.Effekternaavdettabör visasigövertid.Detuppgesfinnas utmaningaritidsplaneringen:-atttahöjd föröverprövningitidsplaner,enprocess somkantafleraår,-tidplanenstyrsibland avpolitiskaönskemål,-resursbristhos regionkontoretUpphandlingochJuridik lederiblandtillväldigtsnävatidsramari upphandlingsarbetet,-bristpå medarbetaremedrättkompetenspåHSF kanledatillattvitvingasviprioritera mellanområden.Detfinnsenprocesspå intranätetförupphandlingarsomär dokumenterad,kändochsedanoktober 2018.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 (Projekt 5/2017) ID: 1101	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att rutiner och arbetssätt finns för att genomföra systematiska utvärderingar av genomförda upphandlingar i syfte att kontinuerligt utveckla upphandlingsprocessen.		X		Förbättringsarbetet som påbörjades 2016 har försenats. På hösten 2018 har en inköpsstrateg anställts på HSF och därmed finns numera en inköpsfunktion för interna varor och tjänster. Funktionen ska säkerställa processer, rutiner och nödvändiga interna kontroller kring upphandling, avrop och direktupphandling av interna varor och tjänster. Systematisk utvärdering av upphandling har genomförts under 2018 och resultatet av detta arbete kommer att resultera i en vägledande instruktion i hur detta kan göras. Redan idag finns i processen, som är lätt tillgänglig för avtalshandläggarna i Avtalshandboken på intranätet, en instruktion om vikten av att genomföra utvärdering av upphandling. Avtalshandboken har publicerats i oktober 2018 och utvecklas löpande. Utvecklingsarbetet gällande förvaltningens inköp av interna varor och tjänster kommer fortlöpa under 2019. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1233	HSN bör säkerställa att risker inom sådana verksamhetsområden som inte utförs direkt av förvaltningens personal ingår i riskanalysen, som t.ex. risker inom områdena upphandling, juridik, HR samt information och kommunikation.		X		HSF har efterfrågat riskanalyser från företrädare för sådana verksamhetsområden på samma sätt som de senaste åren. HSF har erhållit sparsamt med uppgifter från några instanser förutom LSF redovisning/HR som alltid redovisar enligt önskemål. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2017 (Projekt 2/2017) ID: 1122	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör vidta åtgärder för att stärka vårdkedjan mellan förlossningsvård och mödrahälsovård, för att minska risken för glapp i eftervården		X		Under 2018 startades ett projekt i Huddinge som spänner över hela vårdkedjan inom förlossning. Den gravida kvinna får vård och stöd av samma barnmorskor både under graviditet, förlossning och eftervård. Projektet som kallas "känd barnmorska" är ett erkänt internationellt koncept som har etablerats bl a i Danmark där det fungerar väl. Flera barnmorskor som tidigare slutat inom förlossningsvården nu har sökt sig tillbaka inom ramen för projektet. En utvärdering har påbörjats och förväntas slutföras under 2019. Resultatet av den kommer ge vid handen om det ska breddinföras eller ej samt former kring det. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 (Projekt 2/2017) ID: 1123	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör analysera ökningen av öppenvårdsbesöken inom förlossningsvården för att säkerställa att de sker på rätt vårdnivå		X		Revideringen av BMM kommer att påbörjas under 2019 och revideringen av BVC är i slutfasen. Inom båda uppdragen kommer dels ersättningarna höjas och dels möjlighet ges till fler besök som inte behöver sjukhuset resurser.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Årsrapp ID: 1232	HSN bör säkerställa att omfattningen och innebörden av uppdraget om genomförandet av Framtidsplanen klargörs bland annat avseende ansvar för investeringar, kompetensförsörjning och produktionsstyrning.		X		Hälso- och sjukvårdsnämnden har enligt reglementet ansvar för att delta i den övergripande planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården samt att samråda med berörda enheter inom hälso- och sjukvården om förslag till specificerade investeringsobjekt. Revisionen bedömer att nämnden 2018 har tagit en mer aktiv roll än tidigare i den övergripande planeringen av vårdens fastighetsinvesteringar och gjort prioriteringar mellan möjliga investeringsobjekt. Motsvarande insatser har inte setts inom områdena kompetensförsörjning och produktionsstyrning. Rekommendationen anses därför i nuläget vara delvis åtgärdad.
2017 (Projekt 10/2017) ID: 1125	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör se till att beslutsunderlag utgör tillräcklig grund för avgörande om beslut leder till god ekonomisk hushållning genom att: -säkerställa ett långsiktigt perspektiv i prioriteringar för att minska kost-nadsökningstakten -utveckla redovisningen av ekonomiska konsekvensanalyser så att de följer god praxis för konsekvensutredning med kvantifierad bedömning, långsiktighet, systemsyn, redovisning av handlingsalternativ, osäkerheter och risker -utveckla riktlinjer och metodstöd föekonomiska konsekvensutredningar		X		Förvaltningen uppger i yttrande att de avser att pröva möjligheterna att utveckla arbetssätt inom berörda processer som ger metodstöd för konsekvensanalyser i linje med revisorernas rekommendation. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 (Projekt 2/2017) ID: 1121	Hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen bör gemensamt analysera orsaker till både hög personalomsättning och andel deltidsarbete i förlossningsvården för att säkerställa bemanning och patientsäkerhet på sikt		X		Statistik över personalomsättning har insamlats månatligen under hela 2018. Analyser över antal personer som börjat eller slutat, heltid eller deltid samt fördelningen mellan yrkeskategorier har påbörjats. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 3/2018) ID: 1270	HSN bör förtydliga uppdraget till hälso- och sjukvårdsdirektören att regelbundet följa utvekclingen inom området och bland anant efterfråga återrapportering av hur läkemedelsstrategin efterlevs.				
2018 (Projekt 10/2018) ID: 1377	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta fram dokumenterade rutiner för uppföljning och kvalitetssäkring av Hänvisningsstöd SLL.				
2018 (Projekt 10/2018) ID: 1376	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra kraven i avtalen för de vårdgivare som ska tillhandahålla konsultationer till närakuterna.				
2018 (Projekt 10/2018) ID: 1375	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att avtalen för medicinsk service stödjer närakuterna för att dessa ska kunna fullfölja sina uppdrag.				
2018 (Projekt 10/2018) ID: 1374	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör stärka uppföljningen av det akuta omhändertagandet i husläkaruppdraget genom uppföljningsindikatorer i avtalen.				

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2018 (Projekt 10/2018) ID: 1373	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör stärka kraven i husläkaruppdraget avseende tillgänglighet i det akuta omhändertagandet.				
2018 (Projekt 3/2018) ID: 1267	HSN bör komplettera Instruktion för Stockholms läns läkemedelskommitté för att öka tydligheten i roller och ansvar inom sakkunnigstrukturen.				
2018 (Projekt 3/2018) ID: 1271	HSN bör utveckla incitamenten inom läkemedelsområdet i avtalsstyrningen så att läkemedelsstrategins mål om bland annat kostnadseffektivitet kan nås.				
2018 (Projekt 3/2018) ID: 1269	HSN bör efterfråga information och utförligare underlag från förvaltningen om läkemedelskostnadernas utveckling för att kunna leva upp till sitt planerings- och uppföljningsanvar.				
2018 (Projekt 3/2018) ID: 1268	HSN bör definiera landstingets ansvar, roller och uppgifter i samvekranmodellen och fastslå hur landstingets interna arbetsprocess via sakkunnigstrukturen är sammanlänkad med samverkansmodellen, i styrdokument.				
2018 (Projekt 10/2018) ID: 1378	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla de ekonomiska incitamenten för akut omhändertagande inom husläkarverksamheten, baserat på en analys av hur ersättningsmodellerna för närakuterna och husläkarverksamheten påverkar varandra.				
2018 (Projekt 2/2018) ID: 1290	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i avtalsstyrningen tydligare klargöra habiliteringens ansvar i relation till kommunens insatser samt säkerställa att nödvändiga insatser inte fördröjs av att kommun och habiliteringen inte kan erbjuda samordnat stöd och insatser				
2018 (Projekt 2/2018) ID: 1289	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i beslut om avtal och ersättningssystem bedöma konsekvenser och effekter gällande gränssnitten mellan habilitering och psykiatri i vården av patienter med autismspektrumdiagnos i syfte att säkerställa en tydlig ansvarsfördelning				

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER FÖR 2018

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska mål.

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

3. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

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

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

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

Intern styrning och kontroll

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

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.

3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.

4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.

5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.

6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.

7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.

Bedömningskriterier

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

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

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

Räkenskaper

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

Bedömningsmål:

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

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

Bedömningskriterier:

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

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

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Styrning och ekonomi
Tina Ekelund

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-02-01

HSN 2018-1388

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över landstingsrevisorernas delårsrapport 2018

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har översänt delårsrapport 2018 till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Landstingsrevisorernas delårsrapport 2018

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till regionrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömningen som sker efter årsbokslutet. I rapporten ges en lägesrapport utifrån de granskningar som hittills genomförts inklusive en översiktlig granskning av delårsrapporten.

Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer att måluppfyllelse avseende det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet i huvudsak har kommenterats på ett tillfredsställande sätt i nämndens delårsrapport.

Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentligt som rimlig. Det verksamhetsmässiga resultatet kommer att bedömas av revisionen i samband med årsgranskningen.

Intern styrning och kontroll
Revisionen menar att det i nämndens arbete för en ekonomi i balans bör ingå en analys av det ekonomiska och verksamhetsmässiga läget som även blickar framåt för att belysa utvecklingen på sikt.

Revisionen bedömer att delmål och indikatorer för nämndens verksamhet bör utvecklas för att ge en tydligare bild av om regionfullmäktiges mål kan anses vara uppfyllt.

Granskningen som har skett av upphandlingsområdet visar att konkreta åtgärder som förvaltningen planerat att genomföra har försenats. Rutiner har till exempel inte utformats för en systematisk uppföljning av upphandling av varor och tjänster respektive vårdavtal.

Räkenskaper
Inga omständigheter har framkommit som ger anledning att anse att nämndens delårsrapport i allt väsentligt, inte är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och redovisningssed.

Förvaltningens kommentarer

Delmål och indikatorer
Revisorerna konstaterar att mål och indikatorer för området valfrihet saknas trots att begreppet "valfrihet" ingår i fullmäktiges övergripande mål specifikt för hälso- och sjukvårdsnämnden; tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Revisorerna anser att nämnden bör medverka till att delmål och indikatorer tas fram för detta område.

Arbetet med mål och indikatorer leds av regionstyrelsen genom regionledningskontoret (tidigare landstingsstyrelsen samt landstingstingsstyrelsens förvaltning). Arbetet är regionövergripande och samtliga nämnder och bolag ska använda den modell som är centralt beslutad. Regionfullmäktige fattar beslut i sin budget om de mål och indikatorer som ska följas och rapporteras under året och hälso- och sjukvårdsnämnden följer de anvisningar som tas fram centralt.

I den nyligen beslutade budget för 2019 gav fullmäktige följaktligen regionstyrelsen i uppgift att ta fram definition samt indikatorer när det

gäller valfrihet, vilket är helt i linje med ansvarsfördelningen i regionen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kommer att medverka i det arbetet.

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet omsluter 62 miljarder för hälso- och sjukvård för länets 2,3 miljoner invånare. De indikatorer som redovisas för att gå mot måluppfyllelse kan därför bara på en övergripande nivå ge en bild av om verksamheten uppfyller målen. Allt som är relevant för bedömning om verksamheten når sina mål kan heller inte fångas i nyckeltal, då det inte finns datakällor till allt. Av den anledningen består boksluten också av redovisning av verksamheten som inte är indikatorer och nyckeltal, dels genom beskrivande verksamhetstext och dels genom fördjupningsbilagor. Exempelvis redovisas tillgängligheten till vården i separat fördjupningsbilaga både i delår och helår. Patientsäkerheten redovisas även den i separat fördjupningsbilaga i tertialboksluten varje år.

För att förbättra möjligheten att uppnå målen kommer hälso-och sjukvårdsförvaltningen ingå i arbetet med att utveckla de indikatorer som regionfullmäktige har redovisat i sin budget för 2019 som rör hälso-och sjukvårdsnämnden samt vårdens kunskapsstyrningsnämnd. Då målkartan till stora delar är förändrad i regionfullmäktiges budget 2019, där fler mål än tidigare ingår har hälso-och sjukvårdsförvaltningen valt att ta bort sina lokala delmål och endast följa de mål som står omnämnda i budgeten för 2019. Orsaken är att ju fler mål som mäts, desto svårare är det att få en tydlig bild huruvida målen och indikatorerna når måluppfyllelse. Med ett stort antal mål och indikatorer som följs upp ökar, förutom det administrativa arbetet med att rapportera och analysera mål och indikatorer, även risken för att det kan bli svårt att prioritera bland åtgärder som behöver sättas in för att måluppfyllelsen ska nås.

Revisorerna konstaterar också att jämförelse över tid försvåras bland annat på grund av att indikatorerna byts ut. Bakgrunden är att om en indikator uppvisar måluppfyllelse så riktas fokus mot något annat område.

Ekonomi i balans
Revisorerna menar att det i nämndens arbete för en ekonomi i balans bör ingå en analys av det ekonomiska och verksamhetsmässiga läget som även blickar framåt för att belysa utvecklingen på sikt. En framåtblickande analys görs alltid i årsbokslutet, däremot efterfrågas detta inte i de centralt framtagna anvisningar som tas fram inför delårsrapporteringen.

Rapportering på uppdrag från fullmäktige

Revisorerna menar att nämnden bör kommentera risker i uppdragen och vilka konsekvenser dessa kan få samt avvikelser eller prognos för när samtliga uppdrag kommer att avslutas.

Nämnden rapporterar på uppdrag i enlighet med de anvisningar som beskrivs i IT-systemet Stödet rörande kommentar och status. Det vill säga om uppdraget ej har påbörjats, är pågående men med avvikelse, pågående enligt plan eller avslutat och utfört. I några fall har dock inte prognos kunnat lämnas för när uppdraget kan avslutas.

Upphandling
Revisionen konstaterar att de åtgärder som förvaltningen planerat genomföra på upphandlingsområdet har försenats och att exempelvis rutiner för systematisk uppföljning av upphandling inte utformats.

För upphandling av interna varor och tjänster finns sedan oktober en inköpsstrateg på förvaltningen. Funktionen har också till uppgift att fungera rådgivande och stödjande till berörda parter i förvaltningen.

Under hösten har en kartläggning genomförts av förvaltningens aktuella direktupphandlingar samt avrop på befintliga ramavtal för att få en samlad bild av prioriterade behov av inköpsstöd i förvaltningen. Arbetet ligger till grund för att kunna göra korrekta prioriteringar av både resurser och tid för det fortsatta arbetet med att säkerställa inköpsprocesser avseende inköp av interna varor och tjänster. Rutiner för systematisk uppföljning av upphandling av varor och tjänster kommer att tas fram.

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns en särskild beredningsgrupp som diskuterar inriktning och principiella frågor rörande vårdavtal. Alla nyutvecklingar och revideringar enligt LOV, lagen om valfrihetssystem, samt nya upphandlingar enligt LOU, lag om offentlig upphandling, ska enligt avtalsprocessen hanteras i beredningsgruppen för att säkerställa enhetlighet och gemensam hantering av knäckfrågor. Beredningsgruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och bemannas av avdelningschefer som har mandat att fatta beslut enligt förvaltningens delegationsordning och som även har mandat att skriva fram förslag till beslut till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sedan ett par år tillbaka finns ett särskilt upphandlingsråd inrättat på förvaltningen. Upphandlingsrådet leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och bemannas av avdelningschefer med ansvar för vårdupphandlingar samt representanter för funktionsområdena Inköp samt Juridik och kansli för att

gemensamt följa praxis, bedöma riskhantering samt dra generaliserbara slutsatser från förvaltningens upphandlingar. Upphandlingsrådet har ett ansvar för utvecklingen av den gemensamma kvalitetssäkringsprocessen och har även arbetat med att identifiera risker i upphandlingar som ett led i kvalitetsarbetet.

Processbeskrivning och rollfördelning för upphandling av vård har tagits fram och finns i avtalshandboken på förvaltningens intranät.

Sedan flera år finns inom förvaltningen en uppföljningsprocess för vårdavtal. Samtliga avtal, oavsett avtalsform, följs upp enligt beslutad uppföljningsplan. Ett arbete pågår för att effektivisera och standardisera uppföljningsarbetet enligt den plan för utveckling av intern process för uppföljning av vårdavtal inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som tagits fram under våren 2018.

Rekommendation från delårsrapport
Ledningen bör säkerställa att rutinerna avseende hantering av manuella bokföringsordrar dokumenteras (2.4)
En rutinbeskrivning har tagits fram och finns på intranätet.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas inte ge några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut förväntas inte ge några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut förväntas inte ge några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas inte ge några konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas inte ge några administrativa konsekvenserna för vårdgivarna.

Margareta Tufvesson
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Franzén
Enhetschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Margareta Tufvesson, 2019-02-01

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. 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 över lämnade rekommendationer för Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2014 Årsrapp ID: 694	Förvaltningsledningen bör utreda återstående medel på kontot för externa projekt i syfte att avsluta och redovisa resultatet för de projekt där extern förpliktelse inte föreligger.	X			Förvaltningens arbete under 2017 med att avsluta äldre projekt till stora delar har genomförts har resulterat i att merparten av de äldre projekten har avslutats (och intäktsförts) under 2018. Bedömningen görs att de nya projekten har periodiserats korrekt i bokslut 2018.
2014 Årsrapp ID: 690	Förvaltningsledningen bör säkerställa att en riskanalys i samband med avtalsuppföljningen av akutsjukhusen utvecklas och genomförs.		X		De risker eller hinder som kan finnas för avtalsförvaltningen samt risker som påverkar akutsjukhusen att utföra sina uppdrag är inte identifierade i en sk riskanalys. I dialog med ägare, beställare och akutsjukhusens representanter sker uppföljning av Omställningsavtalen regelbundet under året enligt särskild process. Från beställarenheten finns en systematisering i vilka frågor som följs upp när och att det görs på alla sjukhus synkroniserat. Protokoll ska föras på samtliga möten i syfte att kunna följa och dokumentera förändringar samt aktuella frågor. Alla parter i avtalet har gemensamt åtagande att uppföljning sker enligt avtalets intentioner.
2014 Årsrapp ID: 689	Förvaltningsledningen bör stärka den interna kontrollen genom rutiner för tillförlitlig systematik och hantering kring vårdval.		X		Arbetet med att utveckla avtalsprocessen fortskrider enligt plan, inklusive ett arbete med att utveckla och standardisera avtalsmallar. Under 2018 har samtliga processbeskrivningar reviderats. Resultatet är Avtalshanboken på intranätet där vägleding, instruktioner, mallar, checklistor osv är samlade och ordande utifrån de olika stegen i avtalsprocessen. Förutsättningen för att säkra att enhetlig och uppdaterad information om hur de olika stegen i processen ska genomföras har därmed ökat avsevärt.
2014 Årsrapp ID: 687	Förvaltningsledningen bör vidta åtgärder för att stärka och implementera rutiner som styr apotekens direktfakturering i syfte att skapa mer tillförlitliga underlag.		X		Samtliga fakturor förutom de för smittskyddsläkemedel hanteras fortfarande i ett manuellt flöde. Undantagen är smittskyddsläkemedel som numera går via eHälsomyndigheten vilket ökar sannolikheten för att dessa fakturor är korrekta. Då fakturorna för smittskyddsläkemedel är en relativt stor kostnad i förhållande till de andra förmånsgrupperna innebär det nya flödet för dessa fakturor att risken för landstinget ur ett ekonomiskt perspektiv har minskat. Dock är arbetet med manuell hantering av fakturor direkt från apoteken fortfarande omfattande.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2014 Årsrapp ID: 686	Förvaltningsledningen bör stärka den interna styrningen och kontrollen vad gäller upphandling av konsulter och övriga tjänster.		X		Förbättringsarbetet som påbörjades 2016 har försenats. På hösten 2018 har en inköpsstrateg anställts på HSF och därmed finns numera en inköpsfunktion för interna varor och tjänster. Funktionen ska säkerställa processer, rutiner och nödvändiga interna kontroller kring upphandling, avrop och direktupphandling av interna varor och tjänster. Utvecklingsarbetet gällande förvaltningens inköp av interna varor och tjänster kommer fortlöpa under 2019.
2014 Årsrapp ID: 684	Förvaltningsledningen bör se till att landstingets regelverk vad gäller bisysslor och jäv följs i förvaltningen.	X			Sedan årsskiftet 2018/2019 är funktionen i Heroma lanserad och pappersrutinen gäller inte längre. På intranätet finns en lathund för chefer hur man gör. Funktionen är tillgänglig för chefer via chefens meny.
2015 Delår ID: 696	Ledningen bör säkerställa att användare inte registreras utan undertecknade underlag samt att en kontinuerlig uppföljning av behörigheter i såväl Raindance som Heroma sker.		X		Rutiner bedöms finnas på plats för att säkerställa att användare inte registreras utan underlag. En uppföljning kopplat till Heroma visar dock på att det fortfarande finns ett flertal äldre registreringar där underlag saknas. Rekommendationen bedöms därför kvarstå.
2015 Årsrapp ID: 805	Ledningen bör säkerställa att systematiska kontroller av genomförda direktupphandlingar och tecknade avtal avseende konsulter och övriga tjänster genomförs.		X		Förbättringsarbetet som påbörjades 2016 har försenats. På hösten 2018 har en inköpsstrateg anställts på HSF och därmed finns numera en inköpsfunktion för interna varor och tjänster. Funktionen ska säkerställa processer, rutiner och nödvändiga interna kontroller kring upphandling, avrop och direktupphandling av interna varor och tjänster. Utvecklingsarbetet gällande förvaltningens inköp av interna varor och tjänster kommer fortlöpa under 2019. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2015 Årsrapp ID: 804	Ledningen bör säkerställa att riktlinjerna för dokumentationen vid direktupphandlingar som omfattas av dokumentationsplikten följs.		X		Förbättringsarbetet som påbörjades 2016 har försenats. På hösten 2018 har en inköpsstrateg anställts på HSF och därmed finns numera en inköpsfunktion för interna varor och tjänster. Funktionen ska säkerställa processer, rutiner och nödvändiga interna kontroller kring upphandling, avrop och direktupphandling av interna varor och tjänster. Utvecklingsarbetet gällande förvaltningens inköp av interna varor och tjänster kommer fortlöpa under 2019. I och med publiceringen av den nya Avtalshandboken på intranätet har tillgängligheten till de riktlinjer och handlingar som behövs för att uppfylla riktlinjerna ökat.
2016 Delår ID: 898	Ledningen bör se till att rutinen för anmälan av delegationsbeslut till nämnden följs.		X		Ny delegationsordning för HSN beslutades 17 januari 2019 (HSN 2018-0172). Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2016 Delår ID: 897	Ledningen bör stärka samverkan i uppgiften att följa upp avtal inom förvaltningen för att sprida erfarenheter, utveckla metoder och återkoppla avvikelser.		X		Arbetet med att utveckla avtalsuppföljningsprocessen fortskrider enligt plan, inklusive ett arbete med att stärka samverkan och kompetens inom förvaltningen. Utifrån detta uppdrag har ett förslag till förvaltningsövergripande uppföljningsråd tagits fram, vars främsta uppdrag är att stärka process och kompetens kring hantering av bristande följsamhet till avtal. En pilot av en mall för sammanställd dokumentation av avtalsuppföljning, kommer att genomföras för uppföljning av 2018 års vårdproduktion och vårdkvalitet. I samverkan med Utvecklingsavdelningen har ett arbete påbörjats med ett gemensamt ramverk för uppföljning 2019, där representation finns för de tre funktionsansvaren för uppföljning av vård.
2016 Årsrapp ID: 1089	Ledningen bör stärka kontrollerna vid utbetalning av fakturor för subventionerade läkemedel för att säkerställa att läkemedlen har lämnats ut och att fakturorna innehåller korrekt läkemedel.			X	Samtliga fakturor förutom de för smittskyddsläkemedel hanteras fortfarande i ett manuellt flöde. Undantagen är smittskyddsläkemedel som numera går via eHälsomyndigheten vilket ökar sannolikheten för att dessa fakturor är korrekta. Då fakturorna för smittskyddsläkemedel är en relativt stor kostnad i förhållande till de andra förmånsgrupperna innebär det nya flödet för dessa fakturor att risken för landstinget ur ett ekonomiskt perspektiv har minskat. Dock är arbetet med manuell hantering av fakturor direkt från apoteken fortfarande omfattande.
2017 Delår ID: 1084	Ledningen bör utforma rutiner som säkerställer att behörigheten i delegationsordningen efterlevs vid undertecknande av avtal.		X		Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under 2018 arbetat med översyn och förtydligande av hälso- och sjukvårdsnämndens delegationsordning samt påbörjat arbete med rutiner och riktlinjer för bland annat anmälan av delegationsbeslut. En delegationsordning har även tagits fram för Vårdens kunskapsstyrningsnämnd. Beslut om delegationsordningarna tas i respektive nämnd i början av mandatperioden 2019 och därefter kommer utbildnings- och kommunikationsinsatser att genomföras på förvaltningen.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Hälso- och sjukvårdsnämnden, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2018 Delår ID: 1352	Ledningen bör säkerställa att rutinerna avseende hantering av manuella bokföringsordrar dokumenteras.				En rutin finns numera dokumenterad som bland annat anger -att anuella bokföringsordrar ska attesteras av två personer (en första attest och en slutattest), -att samtliga godkännare med rätt att bokföra i systemet har rätt att utföra första attest (godkänna) manuella bokföringsordrar, -att bokföringsordern sedan måste signeras av redovisningen och -att innan bokföringsordern slutattesteras ska ett antal kontroller göras av redovisningen. Kontroller som görs är t.ex: - stämmer korrigeringar gentemot originalpost i bokföringen - vid uppbokning av B3:or stäms dessa av mot skickade och mottagna B3:or - vid ombokning av preliminärkonto görs kontroller att det är rätt ansvar, verksamhet, belopp osv. - I det fall man flyttar kostnader mellan ansvar måste slutattestanten kontrollera att bokföringsorden är godkänd av person som kan godkänna bokföringsordern på ett specifikt ansvar. Rekommendationen anses därmed vara åtgärdad.

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018–0031

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för hälso- och sjukvårdsnämnden år 2018

Vi av fullmäktige utsedda revisorer har granskat hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2018.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets Årsrapport 2018 för hälso- och sjukvårdsnämnden. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver vidta ytterligare åtgärder för att stärka den interna styrningen och kontrollen av upphandlingar. Vidare behöver hälso- och sjukvårdens politiska organ ta ett aktivt ansvar för arbetet med framtidens hälso- och sjukvård där styrningen behöver stärkas inom flera områden. Det gäller bland annat utvecklandet av nätverkssjukvården och enhetliga vårdnivåer i det akuta omhändertagandet. Därutöver behöver även uppföljning av informationssäkerhet i upphandlad verksamhet från privata utförare stärkas.

Vi bedömer sammantaget att hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämndens interna styrning och kontroll inte är helt tillräcklig. Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för hälso- och sjukvårdsnämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2019-04-02

Hans-Erik Salomonsson Berit Assarsson Leni Björklund

Carl-Anders Ifvarsson Fredrik Bojerud Ewa Törngren Lena Samuelsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

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