Region Stockholm

Regionrevisorerna

2023-10-26

Diarienummer
RK 2023-0043

Stockholms läns sjukvårdsområde

Delrapport 2023
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid mötet den 26 oktober överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2024-02-03.

Annika Sandström
ordförande
Elektronisk underskrift

Anna Peterson
samordnande administratör
Elektronisk underskrift

Addo Sign ID-nummer : ecfb90b6-e686-4138-9aa0-7cd519f99921

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

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

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

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.
Alla tider anges i koordinerad universell tid (Coordinated Universal Time, UTC).

Undertecknare

ANNA PETERSON
samordnande admiratör
qSw9HEyGGCKfwZ9OvOOy1Q
2023-10-30 13:14:58Z
BankID Mobile

Annika Sandström
vKoadXstn92SQj7lpKywoA
2023-11-02 18:36:37Z
BankID File

Dokument i försändelsen

Exp missiv SLSO delrapport 2023.pdf	*Detta dokument*

Addo Sign

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

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

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

REGIONREVISORERNA

Delrapport 2023

Stockholms läns sjukvårds-område

Region Stockholm

Regionrevisorerna

2023-10-26

Diarienummer
RK 2023-0043

Stockholms läns sjukvårdsområde

Delrapport 2023
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid mötet den 26 oktober överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2024-02-03.

Annika Sandström
ordförande
Elektronisk underskrift

Anna Peterson
samordnande administratör
Elektronisk underskrift

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

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

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

Sammanfattning

I denna rapport ges en lägesrapport utifrån de granskningar som genomförts hittills under året inkl. en översiktlig granskning av nämndens delårsrapport. Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömningen i årsrapporten för 2023.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Ett svårbedömt läge med ett krig i Ukraina och en kraftigt ökad inflation bidrar till en osäkerhet i de ekonomiska prognoserna för 2023.

Nämndens prognostiserade resultat uppgår till -100 mnkr, vilket är 301 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till den prognostiserade omsättningen är ca 2 procent. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten.

Nämnden har kommenterat och bedömt de mål som mäts i tertial och delår. I nämndens delårsrapport framkommer att ett antal mål inom Behovsstyrd hälso- och sjukvård inte kommer att uppnås på helårsbasis. För mål som endast mäts på helårsbasis har ingen bedömning gjorts.

Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet som osäker. De delar av det verksamhetsmässiga resultatet där prognos ska lämnas bedöms i allt väsentligt som rimliga.

Intern styrning och kontroll

Nämnden har planerat för och vidtagit åtgärder för att få en ekonomi i balans och öka måluppfyllelsen. Vidtagna åtgärder bedöms av nämnden inte vara tillräckliga för att nå budgeterat resultat utan avvikelsen från resultatkravet prognostiseras till 301 mnkr.

Vid hittills genomförda granskningar har avvikelser noterats när det gäller digitalisering och tillgänglig vård efter behov samt slutenvårdens vattenförsörjning. Dessa bedöms dock inte vara av sådan karaktär att de påverkar bedömningen av nämndens interna styrning och kontroll.

Räkenskaper

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att nämndens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med god redovisningssed och regionens interna anvisningar.

Innehållsförteckning

1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2023-08-31 4
1.1. Ekonomi 4
1.2. Verksamhet 4
2. Intern styrning och kontroll 6
2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning 6
2.2. Riskanalys och plan för intern kontroll 2023 6
2.3. Digitalisering och tillgänglig vård efter behov 7
2.4. Slutenvårdens vattenförsörjning 11
2.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser 14
3. Räkenskaper 14
3.1. Delårsrapport 2023-08-31 14
4. Yttrande över Årsrapport 2022 14

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till styrelsen
Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare år lämnade rekommendationer till ledningen
Bilaga 3 Yttrande över årsrapport 2022

1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2023-08-31

1.1. Ekonomi

Nämndens prognostiserade resultat, uppgår till -100 mnkr. Det är 301 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav på 201 mnkr. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2 procent av omsättningen.

Verksamhetens intäkter prognostiseras till 15 327 mnkr vilket är 231 mnkr högre än budget. Den högre intäkten beror till största del på att erhållna bidrag prognostiseras bli 141 mnkr högre än med budget, där forskning- och utvecklingsbidrag (FoUU)-bidragen står för den största ökning med 108 mnkr. Avvikelsen i övrigt består av patientavgifter 24 mnkr, sålda primärtjänster 11 mnkr, försäljning av övriga tjänster 24 mnkr och övriga intäkter 31 mnkr. Patientavgifter och sålda primärtjänster ökar som en effekt av en ökad prognos för antalet öppenvårdsbesök inom de flesta vårdområdena. Övriga tjänster är främst en ökning av intäkter inom hjälpmedelsverksamheten och den ökade prognosen för övriga tjänster utgörs av högre utfall för projektmedel än budgeterat.

Verksamhetens kostnader prognosticeras till 15 268 mnkr, exklusive avskrivningar och finansnetto, vilket är 545 mnkr högre än budget. Kostnaden för egen personal beräknas öka med 40 mnkr jämfört med budget. Kostnaden för inhyrd personal är 0 i budget men prognosticeras till 340 mnkr. Den totala kostnadsökningen för bemanning prognostiseras därför till 380 mnkr. I övrigt består avvikelsen av ökade övriga kostnader 70 mnkr, materialkostnader 46 mnkr, köpta verksamhetsanknutna tjänster 21 mnkr samt köpta primära sjukvårdstjänster, läkemedel och lokal- och fastighetskostnader som samlat har en prognos som är 28 mnkr högre än budget. Den främsta anledningen till kostnadsökningarna är det högre kostnadsläget på grund av inflation.

Avvikelserna har analyserats och kommenterats i delårsrapporten i enlighet med anvisningarna.

Periodens investeringar uppgår till 129,6 mnkr. För helåret 2023 är prognosen 252,4 mnkr, vilket är i enlighet med budget.

Nämnden har planerat för och vidtagit åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. Det åtgärdsprogram som har beslutats av nämnden uppgår till 227 mnkr. I samband med delårsbokslutet uppgår de genomförda åtgärdseffekterna till 24,5 mnkr. Nämnden beskriver i delårsrapporten att åtgärdsprogrammet inte kommer att realiseras i sin helhet och detta ingår i prognosen för ekonomiskt resultat. Se vidare under avsnitt 2.1.1 Ekonomistyrning.

Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet som osäker.

1.2. Verksamhet

I SLSO:s delårsrapport redovisas prognos för de indikatorer som mäts i delårsrapporten. Vissa mål och indikatorer följs upp enbart på årsbasis och dessa har inte bedömts.

Region Stockholm har fyra inriktningsmål, God ekonomiskhushållning, Behovsstyrd hälso- och sjukvård av god kvalitet, Hållbar regional utveckling och God och hållbar arbetsgivare. SLSO har både mål formulerade av regionen och av nämnden inom målområdena. Målen mäts med hjälp av indikatorer.

För målet God ekonomisk hushållning prognosticerar nämnden att resultatkravet inte kommer att nås. För de egna indikatorerna avseende produktivitet bedöms två av tre uppnås. Målet för investeringar bedöms nås.

För målet Behovsstyrd hälso- och sjukvård av god kvalitet finns 13 indikatorer varav 4 mäts på årsbasis. Av de kvarvarande 9 uppfylls 5. De 4 indikatorer som inte bedöms uppnå uppsatt målvärde är vård i rätt tid (30 resp 90 dagar förbesök och behandling hos specialist), effektiv vård (antal utskrivningsklara till kommun) och kontinuitet i vården (samma läkare/behandlare). För de två första indikatorerna är dock nämndens bedömning att utfallet blir bättre jämfört med förra året. Förbättringar av vårdprocessen har skett framför allt inom verksamhetsområde psykiatri vilket påverkat väntetiderna i positiv riktning. För de två övriga indikatorerna är nämndens bedömning att utfallet är lägre jämfört med förra året. Den främsta anledningen är svårighet att få kommuner att ta över ansvar för färdigbehandlade inom psykiatrin samt svårighet att rekrytera personal.

Målet Hållbar regional utveckling har 22 indikatorer som alla utom en mäts på årsbasis varför inga bedömningar har gjort avseende måluppfyllelse däremot beskrivs pågående arbete för de olika indikatorerna. Bland annat har man inom indikatorn Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt startat upp flera projekt för att öka tillgängligheten, exempelvis har ett utbildningsmaterial inom E-hälsa för patienter tagits fram. Inom indikatorn En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa pågår en översyn av Akademiskt primärvårdscentrum i syfte att stärka kliniknära forskning och utveckling. Den indikator som mäts är minskning av administrativa kostnader och där är prognosen att målet kommer uppnås.

Av de 13 indikatorer som finns för målet God och hållbar arbetsgivare är 10 satta av fullmäktige och 3 av nämnden. Alla mål från fullmäktige mäts på årsbasis och har inte närmare beskrivits eller bedömts. Nämndens egna indikatorer avser kvarstannandegrad och inhyrd personal. Indikatorn för kvarstannandegrad bedöms uppfyllas och de 2 övriga avseende inhyrd personal bedöms inte nås. Inom SLSO pågår ett arbete med att minska inhyrningen där lokala handlingsplaner tas fram för verksamheter med stor inhyrning. Den kategori som har störst problem avseende rekrytering är sjuksköterskor men även specialistläkare och distriktsköterskor är svår rekryterade.

I nämndens delårsrapport framkommer inget som innebär risk för att verksamheten i övrigt inte kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål under året. Måluppfyllelsen har i huvudsak kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens delårsrapport.

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

2. Intern styrning och kontroll

2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

2.1.1. **Ekonomistyrning**

Vid nämnd- och ledningsgruppsmöten har förvaltningens ekonomi och större verksamhetsförändringar behandlats. Nämnden har löpande informerats om åtgärder för att nå det ekonomiska utfallet i relation till budget samt prognoser för fortsättningen av året.

Nämnden har planerat för och vidtagit åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Nämndens budgeterade resultat uppgår till 201 mnkr. I tertialbokslutet prognostiserades ett nollresultat. I delårsrapportering framgår att resultatprognosen justerats till – 100 mnkr. I samband med att tertialbokslutet beslutades fattades beslut om en åtgärdsplan för att nå det då prognostiserat resultat. I det åtgärdsprogrammet ingick att minska inhyrd personal, minska administrativa kostnader och genomföra åtgärder för produktivitetsökning. Åtgärdsprogrammet uppgick till 227 mnkr och till och med augusti är utfallet 24,5 mnkr.

Åtgärderna bedöms enligt förvaltningen ta längre tid än förväntat att genomföra och nämnden ser en risk att åtgärderna inte når full effekt 2023. Med anledning av detta har förvaltningen också påbörjat ett arbete med att ta fram en mer omfattande åtgärdsplan. För att nå prognostiserat resultat pågår ett arbete inom SLSO med att vidareutveckla stöd och metoder för bland annat ekonomisk analys och uppföljning exempelvis rullande 12 måndersprognoser. Fokus ligger på att säkerställa att verksamhetsområdena når sina ekonomiska mål. Revision bedömer det prognosticerade resultatet som osäkert.

Inför 2024

Nämnden bedömer prognosticerat resultat för 2023 till -100 mnkr vilket är en försämring med 301 mnkr jämfört med budget. I budgetunderlaget för 2024 uppskattar nämnden ett beräknat underskott motsvarande 657 mnkr förutsatt att budgeterat resultat för 2023 (201 mnkr) nås. Med den nu lagd prognosen blir det beräknade underskottet ca 950 mnkr. I budgetunderlaget beskriver nämnden att för att nå en ekonomi i balans krävs större insatser exempelvis avveckling av ej ekonomiskt bärkraftiga verksamheter samt utbudsbegränsningar eller motsvarande. Den påbörjade åtgärdsplanen för 2023 ligger i linje med dessa bedömningar.

2.1.2. **Verksamhet**

Den av nämnden beslutade verksamhetsplanen för 2023 innehåller mål, indikatorer och strategier som är i linje med fullmäktiges. Mål och indikatorer bryts ner till de olika verksamheterna inom SLSO. Mål och indikatorer följs sedan löpande upp inom ramen för den månatliga uppföljningen samt vid tertial och delårsuppföljning. Vid de två senare tillfällena görs även prognos för helåret av de mål som går att mäta löpande. Mål som mäts på årsbasis har inte prognosticerats.

2.2. Riskanalys och plan för intern kontroll 2023

Nämnden har fastställt en för året aktuell plan för intern kontroll upprättad utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys. Riskerna med högst riskvärde finns inom

områdena ett resultat i balans samt attraktiv arbetsgivare. Riskerna består av en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, övervältring av administration på vårdpersonal, hantering av icke bärkraftiga verksamheter och ökad svårighet att rekrytera personal.

Två nya, inom regionen, obligatoriska risker har tillkommit inför 2023. Det är felaktiga externa utbetalningar och risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen. SLSO bedömer att båda dessa tas om hand inom redan etablerade uppföljningar och kontroller och de har i riskanalysen ett lågt riskvärde.

2.3. Digitalisering och tillgänglig vård efter behov

Utvecklingen av digitala tjänster i vården har går snabbt, särskilt inom primärvården. Digitala tjänster kan bidra till ökad tillgänglighet men samtidigt finns farhågor för undanträngningseffekter av patienter med stora vårdbehov och en ojämlik tillgång till vård.[1] Studier visar exempelvis att socioekonomiska variabler och ålder påverkar benägenheten att söka vård digitalt.[2] Farhågor finns även för att digitala tjänster i vården kan bidra till ökad vårdkonsumtion av enkel vård som i vissa fall skulle kunna hanteras som egenvård. Revisionen har därför granskat hur SLSO säkerställer att styrningen och uppföljningen av digitaliseringen av husläkarverksamheten sker utifrån målen för hälso- och sjukvården, däribland en tillgänglig vård efter behov.

2.3.1. **Övergripande styrning**

Enligt kommunallagen ska nämnderna, var och en inom sitt område, se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Enligt Region Stockholms strategi för it och digitalisering ska varje nämnd och bolag driva ett aktivt arbete för att utveckla den egna verksamheten med stöd av digitala tjänster.

Nämnden har inte beslutat om någon övergripande, långsiktig strategi för SLSO:s arbete med att digitalisera vården eller införandet av digitala tjänster i vården. Nämndens styrning och uppföljning av digitalisering sker i huvudsak genom verksamhetsplanen och verksamhetsberättelsen.

I verksamhetsplan 2023 framgår att vård på distans är ett prioriterat område. Den nära vården ska stärkas genom vidareutveckling av Alltid Öppet, utvecklade möjligheter till egenmonitorering samt samverkansprojekt över vårdgrenar i syfte att öka tillgänglighet och underlätta patientens digitala väg i vården. I verksamhetsplan 2023 finns två mål som rör digitalisering. Båda rör videomöten: minst 5 procent av respektive resultatenhets vårdkontakter och minst 10 procent av SLSO:s totala vårdkontakter ska utgörs av videomöten. Vidare framgår att styrningen av digitaliseringen inom respektive vårdgren samt samverkan över vårdgrenar ska öka. Det slås även fast att fokus på tillgänglighet för att aktivt motverka digitalt utanförskap i takt med utvecklingen av digitala vårdmöten ska genomsyra arbetet. I verksamhetsplanen utvecklas inte vad aktiviteterna innebär.

[1] Se exempelvis Vårdanalys 2022:1 *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök.*
[2] Dahlgren et al. *Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018.* CHIS Rapport 2020:3.

SLSO:s ledning har fattat beslut om en färdplan för digitalisering, vilken syftar till att stärka styrningen av digitaliseringen. Färdplanen ska lägga fast planeringen för större digitaliseringsprojekt och peka ut områden som är strategiskt viktiga. Vidare ska planen konkretisera vilka nyttor SLSO vill uppnå med digitaliseringen. SLSO:s ledning inrättade 2022 en beredningsgrupp för strategiska digitaliseringsfrågor – det strategiska rådet för digitalisering. Rådet bereder SLSO-övergripande digitaliseringsinitiativ som ska ingå i färdplanen. Färdplanen ligger även till grund för de aktiviteter som tas upp i verksamhetsplanen.

”Digitala tjänster” är ett av SLSO:s centrala verksamhetsstöd som ska arbeta för en effektiv styrning av vårdens digitaliserings- och IT-portfölj. ”Digitala tjänster” har etablerat olika forum för beredning och kvalitetssäkring. Ett av dessa är ”nya behovsforum”, till vilket verksamheterna kan vända sig avseende nya behov kopplat till digitalisering. Forumet analyserar, bereder och kvalitetssäkrar de inkomna behoven av utvecklingsinsatser inför beslut om genomförande.[3] Forumet har ingen budget eller beslutsmandat. Det ligger inom verksamhetschefernas delegation att fatta beslut om genomförande. Om det i beredningen framkommer att utvecklingsinsatserna kan vara aktuella för flera verksamheter eller vårdgrenar, skickas frågan till det strategiska rådet för digitalisering som kan föreslå ledningsgruppen att besluta om att satsningen ska ingå i färdplanen.

Digitalisering som rör kommunikation med patient sker främst genom utveckling av SLSO:s tjänst Alltid Öppet. Inom SLSO finns en grupp med representanter för de vårdgrenar som har visat intresse för att utveckla Alltid Öppet. Gruppen är ett forum för erfarenhetsutbyte och samordning i de fall flera olika verksamheter är intresserade av att utveckla samma eller liknande tjänster. Respektive verksamhet beslutar vilka tjänster de vill utveckla och finansierar detta inom sina egna budgetar.

2.3.2. **Styrning av husläkarverksamhetens digitalisering**

Inom SLSO finns sex vårdgrenar, varav en är primärvård. Primärvården, där husläkarverksamheten ingår, är indelade i tre närsjukvårdsområden. Det finns ingen fastställd övergripande plan för digitalisering av primärvården eller husläkarmottagningarna. Det finns ett antal digitaliseringsaktiviteter som berör hela husläkarverksamheten, vilka beslutas av närsjukvårdsområdena. Ett exempel är vidareutveckling av Vårdcentral Online, en helt digital mottagning som är gemensam för alla husläkarmottagningar.

SLSO driver ca 70 husläkarmottagningar. Varje husläkarmottagning har avtal med primärvårdsnämnden om att bedriva husläkarverksamhet enligt nämndens förfrågningsunderlag. I förfrågningsunderlagen finns krav på digitala förmågor, exempelvis att erbjuda videomöten för patienter. Utöver dessa krav har SLSO:s ledning samt närsjukvårdsområdescheferna beslutat att vissa digitala tjänster, exempelvis chatt, ska användas av samtliga husläkarverksamheter inom SLSO. I övrigt kan verksamheterna själv bestämma hur de vill jobba med digitala tjänster. Respektive husläkarverksamhet leds av en verksamhetschef med ansvar för att leda och utveckla verksamheten, vilket även omfattar införande och användande av digitala tjänster. Verksamheterna har aktivitetsplaner där de lägger fast aktiviteter för att uppnå målen i SLSO:s verksamhetsplan. I

[3] SLSO Intranät (sll.se)

granskningen framkommer att det finns stort utrymme för verksamheterna att utforma aktiviteter som rör digitalisering efter verksamhetens egna önskemål och förutsättningar. Vidare framkommer att det finns en stor variation i hur husläkarverksamheterna arbetar med digitala tjänster, där vissa husläkarverksamheter arbetar mer aktivt med fler digitala tjänster än andra verksamheter.

2.3.3. **Säkerställa nytta och måluppfyllelse**

Ett av syftena med införandet av det strategiska rådet för digitalisering uppges vara att på ett mer strukturerat sätt än tidigare stärka analysen av nyttor och effekter inför beslut om större digitala satsningar. Inför beslut om större strategiska satsningar görs nyttopotentialberäkningar. Att räkna på nyttor och effekter vid utformande av nya digitala tjänster uppges vara mycket komplicerat. Det är bl.a. svårt att beräkna hur efterfrågan på vård påverkas av införandet av digitala tjänster i vården. Införandet av digitala tjänster i vården har i vissa fall lett till att nya patientgrupper kontaktar vården. Vidare kan nyttan i vissa fall hämtas hem i någon annan del av hälso- och sjukvårdsystemet. Exempelvis kan förbättringar inom primärvården förhindra inläggning i slutenvård.

Digitala tjänster i vården är ett nytt område. Kunskapen om hur patienter kan tas omhand på ett effektivt sätt är därför begränsad. I granskningen framkommer att SLSO:s utveckling av digitala tjänster i vården i hög utsträckning handlar om att testa sig fram avseende vilka tillstånd som går bra att hantera digitalt och hur effektiva patientflöden kan skapas med hjälp av digitala tjänster. Respektive husläkarmottagning avgör själva vilka patientgrupper de vill omhänderta digitalt. Avseende Vårdcentral Online har SLSO tagit fram riktlinjer för vilka tillstånd som kan hanteras digitalt och frågeformulär för triagering av patienterna som söker sig dit. Vårdcentral Online uppges fungera som en buffert för de övriga husläkarmottagningarna i och med att dessa kan hänvisa enkla akuta ärenden till Vårdcentral Online när de själva inte har möjlighet att ta emot. Tanken är att detta ska öka möjligheten för övriga husläkarmottagningar att ta emot patienter med större behov när det är högt söktryck. SLSO arbetar även med att utveckla olika s.k. invånarkriterier, som möjliggör kommunikation i Alltid Öppet med specifika patientkategorier, exempelvis diabetespatienter.

När det gäller respektive husläkarverksamhets användning av digitala tjänster i vården, framkommer i granskningen att det i hög utsträckning åligger respektive verksamhetschef att skapa effektiva arbetssätt, exempelvis för hur videomöten och chatt kan användas för att öka tillgängligheten för vissa patientgrupper. Det finns forum för erfarenhetsutbyte mellan de olika verksamheterna. Som framgått ovan beslutar respektive verksamhet vilka tjänster de vill utveckla inom ramen för Alltid Öppet. I granskningen har inte framkommit att nyttokalkyler eller beräkningar av effekter görs inför beslut.

I granskningen framkommer att det är svårt att avgöra om digitala tjänster har lett till en effektivare användning av resurser. Flera intervjuade upplever att Vårdcentral Online och chatt kan effektivisera vårflöden, vilket bör kunna leda till att fysiska besök kan styras till patienter med större behov. Det finns dock ingen genomförd utvärdering av om det faktiskt blivit så. Vidare framkommer att det är svårt att följa upp effekter. Bland annat därför att det är svårt att följa patientens väg i vården, exempelvis om de patienter som omhändertas digitalt också söker vård någon annanstans.

Vidare framkommer att SLSO inte har följt upp vilka effekter de digitala tjänsterna i vården har haft på vårdutnyttjande mellan olika grupper. När denna granskning genomförs håller en första utvärdering av videomöten på att genomföras. Utvärderingen ska bl.a. ge svar på vilken vård som ges i videomöten och till vilka grupper. Enligt verksamhetsplan 2023 ska vägval för den fortsatta digitaliseringen göras utifrån den kunskap som utvärderingen genererar.

1.1.1 Bedömning

Revisionen bedömer att den beskrivning som finns i nämndens verksamhetsplan är mycket kortfattad och inte ger nämnden en tillräcklig bild av vilket arbete som pågår inom förvaltningen, vilka kostnader som är förknippat med detta eller vilka effekter som förväntas. Revisionen uppfattar att de strategiska vägvalen för större digitaliseringssatsningar i stället görs inom ramen för förvaltningens arbete med färdplanen. Enligt patientlagen ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Införandet av digitala tjänster i vården kan medföra att resursfördelningen mellan olika patientgrupper förändras på ett sätt som inte är önskvärt.

Revisionen bedömer att SLSO:s ledning, genom införandet av färdplanen, det strategiska rådet och nya behovsforum, har stärkt förutsättningarna för att säkerställa nytta med de digitala tjänster som utvecklas och att uppnå samordningsfördelar inom och mellan vårdgrenar.

Samtidigt menar revisionen att de strategiska vägvalen som görs inom ramen för förvaltningens arbete med färdplanen kan vara en för långtgående delegation till förvaltningen. Detta eftersom beslutanderätten inte får delegeras när det gäller ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Revisionen bedömer därför att nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av digitaliseringsarbetet.

Avseende husläkarverksamheten uppfattar revisionen att användandet av digitala tjänster i hög grad drivs utifrån respektive husläkarverksamhets intresse. Därmed ser revisionen en risk för att verksamheterna kommer att erbjuda allt fler olika digitala tjänster med olika kommunikationsmöjligheter för patienterna, vilket kan medföra att tillgängligheten varierar mellan verksamheterna. Vidare uppfattar revisionen att det i hög utsträckning åligger respektive husläkarverksamhet att hitta effektiva digitala arbetssätt som säkerställer att resurserna styrs till de mest vårdkrävande patienterna. Revisionen bedömer att det fortsatt finns behov av att utveckla formerna för styrning och uppföljning av införandet av digitala tjänster, i syfte att säkerställa nyttor och samordningsfördelar.

SLSO inte har utvärderat hur införandet av digitala tjänster i vården påverkar tillgång till vård och fördelning av resurser mellan olika patientgrupper. Det är positivt att en första utvärdering av videobesök håller på att genomföras. Videobesök utgör dock bara en del av det digitala vårdutbudet. Revisionen bedömer att SLSO kan stärka sin uppföljning och utvärdering av effekter av digitala tjänster i vården, i syfte att säkerställa en tillgänglig vård efter behov.

Rekommendation:

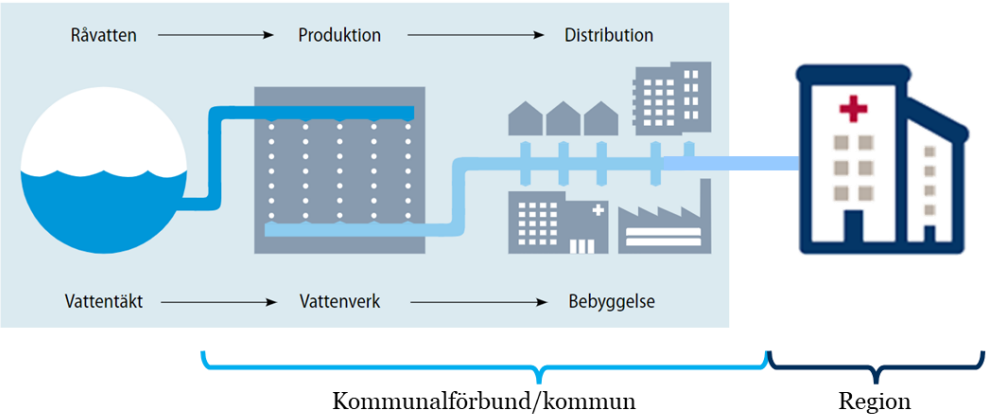
- Nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av digitaliseringsarbetet genom att ta ställning till strategiska vägval i färdplanen.

2.4. Slutenvårdens vattenförsörjning

Revisionen har i ett projekt granskat slutenvårdens vattenförsörjning inom Region Stockholm.

Tillgången till rent vatten är en av de viktigaste förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård. Avbrott i vattenförsörjningen eller otjänligt vatten riskerar att skapa allvarliga störningar för vården. Revisionen har därför granskat om arbetet med att säkerställa slutenvårdens tillgång till vatten sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar Granskningen av de centrala förvaltningarna redovisas i revisionens rapport *Slutenvårdens vattenförsörjning*[4].

Region Stockholm är, enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap*[5], skyldig att säkerställa att vattenförsörjningen är tryggad vid regionens vårdinrättningar, även i bristsituationer. Det är dock kommunerna som ansvarar för vattenförsörjningen i samhället genom *lagen om allmänna vattentjänster*[6]. Kommunerna tolkar dessutom lagen olika, vilket innebär att sjukvården prioriteras olika vid störningar i vattenleveransen beroende på i vilken kommun sjukhuset befinner sig. Region Stockholm ansvarar för vatten från tomtgräns till verksamheterna genom Locum AB.



Enligt fullmäktiges verksamhetsspecifika mål ska samtliga nämnder och bolag ha förmåga att hantera extraordinära händelser[7], vilket för vårdgivarna innebär att minimera de negativa konsekvenserna för vården vid en störning. Vattenförsörjningen kan drabbas av olika typer av störningar vilket, baserat på omständigheterna, kräver olika former av åtgärder för att upprätthålla vården. Det kan bland annat handla om att vattnet blir kontaminerat, att det uppstår tryckfall eller att vattenleveransen upphör helt vilket snabbt ger omfattande problem i slutenvården.

I normalläget förbrukar akutsjukhusen cirka 650 liter vatten per dygn och vårdplats och geriatrisk slutenvård cirka 250 liter vatten per dygn och vårdplats. Vid

[4] Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023–0033)
[5] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22)
[6] Lag (2006:412) om allmänna vattentjänster
[7] Budget 2023 för Region Stockholm (RS 2022-0123)

framtagandet av nödvattenplan har vårdgivarna uppskattat ett nödvattenbehov om 50-170 liter vatten per dygn och vårdplats. Det saknas kunskap om vad vattnet, vid ordinarie drift, används till och är därför oklart hur stor påverkan blir på sjukvården eller tekniska funktioner om verksamheterna behöver övergå till nödvatten.

Region Stockholms nämnder och bolag ska enligt *Riktlinje Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm*[8] genomföra risk- och sårbarhetsanalyser samt arbeta förebyggande med kontinuitetshantering för att hantera identifierade risker. Samtliga vårdgivare har lämnat in risk- och sårbarhetsanalyser till regionledningskontoret i enlighet med riktlinjen. Samtliga vårdgivare har också, vid tillfället för granskningen, lyft störningar i vattenleveransen i sina respektive risk- och sårbarhetsanalyser.

Trots att det finns stora likheter mellan de risker som vårdgivarna utsätts för kopplat till vattenförsörjningen, och de åtgärder som behövs för att begränsa konsekvenserna av en störning, sker samverkan eller koordinering mellan vårdgivare endast i begränsad utsträckning. Varje vårdgivare förväntas identifiera och värdera risker på egen hand. Material som tagits fram av en vårdgivare delas inte med de övriga. Det gäller även kontinuitetsplanering där evakuering av patienter till andra vårdgivare kan vara en åtgärd.

Utöver risk- och sårbarhetsarbete pågår ett kontinuerligt arbete med att, i olika omfattning, genomföra lokala övningar. Eftersom störningar i vattenleveransen kan uppstå med stor variation i allvarlighetsgrad, betonar de granskade vårdgivarna vikten av att öva på beredskapsorganisationens beslutsförmåga samt tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivaren och Locum. Övningarna har t.ex. resulterat i kontinuerligt uppdaterade kontaktlistor, planering för logistiken kring nödvatten, vilka volymer det är möjligt att hantera och behovet av lokalt dricksvattenlager.

Bedömning

Revisionen bedömer att arbetet med att begränsa påverkan på vården i händelse av en störning på vattenleveransen har påbörjats hos samtliga vårdgivare. Varken vårdgivare eller Locums representanter känner dock till vad vattnet används till, och revisionen menar att detta inte ger förutsättningar för rimliga bedömningar av konsekvenserna av en störning.

Trots att risker och åtgärder till stora delar är de samma konstaterar revisionen att samverkan mellan vårdgivare endast sker i begränsad utsträckning. Det innebär onödigt arbete och lägre kvalitet på analyserna än vad som kunde varit fallet. Revisionen noterar att även övningarna är lokala, vilket medför att det inte sker någon kvalitetssäkring av vårdgivarnas kontinuitetsplanering, som till stor del bygger på evakuering till andra vårdgivare.

Sammanfattningsvis bedömer därför revisionen att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas på ett par punkter för att förbättra sjukvårdssystemets förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.

[8] Riktlinje: Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm (RS 2019-1092)

Rekommendationer

- Stockholms läns sjukvårdsområdes ledning bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.
- Stockholms läns sjukvårdsområdes ledning bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering

2.4.1. **Vårdöverenskommelser**

Inom SLSO styr man utifrån principen ”företaget i företaget” vilket innebär en uttalad decentralisering av beslutsfattande. Detta innebär att även avtal/överenskommelser som avser beställd vård förhandlas fram och följs upp ute i organisationen. En risk med detta är att ledningen för SLSO inte har den information avseende avtal och överenskommelser som behövs för att styra verksamheten. Revisionen har därför granskat SLSO:s interna arbete med avtal/överenskommelser om att utföra vård. Granskningen har gjorts genom intervjuer och dokumentstudier.

Arbete med att förhandla och ta fram avtal sker på enhets- och verksamhetsområdesnivå. Enhetscheferna har den lokala kännedomen om hur vårdsituationen ser ut och verksamhetschefen har en övergripande bild av verksamhetsområdet. Diskussioner om avtalens innehåll, utformning och ersättningsnivåer sker på båda dessa nivåer i olika steg. Samarbetet med hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) beskrivs som bra även om det till viss del vara personberoende. I intervjuer framkommer att verksamhetscheferna har kontinuerlig rapportering och avstämning i SLSO:s ledningsgrupp om avtalens innehåll och deras påverkan på planering och ekonomi. Ansvarig för att besluta om avtalen/överenskommelserna är enligt delegationsordningen närsjukvårdschef, FoUU-direktör samt biträdande sjukvårdsdirektör, efter samråd med verksamhetschef.

Granskningen visar också att det finns upparbetade arbetssätt och arbetsgrupper som ansvarar för att ta fram och utarbeta avtal/överenskommelser inom de olika verksamhetsområdena. Processen ser olika ut men funktionen är den samma. Innehållet i avtal/överenskommelser ändras mellan avtalsperioderna och inom vissa områden har förändringarna varit stora. Exempelvis har man inom verksamhetsområde Psykiatri gått från ett stort antal avtal till ett fåtal där avtalen har gått från att var specifika till att mera omfatta hela områden. Arbete har drivits lokalt inom verksamhetsområdet och sedan förankrats högre upp i organisationen.

Inom verksamhetsområdena startar processen att förnya avtal ca ett år innan de ska börja gälla. Arbetet handlar om att utforma texter, specificera uppdrag m,m. Frågor som avser ersättning kommer ofta in sent i processen och sker ibland under tidspress. I granskningen framkommer att frågor som avser ersättningsmodeller är svåra att påverka i dialogen mellan SLSO och hälso- och sjukvårdsförvaltningen men är den del i avtalet som har störst påverkan på verksamheten. Verksamhetsområdena kan vid behov ta hjälp och stöd av centrala funktioner inom SLSO exempelvis juridik i arbetet med att ta fram avtal/överenskommelser. Alla avtal/överenskommelser tas upp i SLSO:s ledningsgrupp innan beslut och avtalstecknande.

Den sammanfattande bedömningen är att SLSO:s arbete med avtal/överenskommelser i allt väsentligt är en fungerande process och att ledningen har den information avseende avtal och överenskommelser som behövs för att styra verksamheten.

Förvaltningen bör dock tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen stärka dialogen kring ersättningsmodeller för att underlätta arbetet med avtal.

2.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

2.5.1. **Ledningsnära kostnader**

En granskning har gjorts avseende ledningsnära kostnader och representation för perioden januari till augusti 2023. Granskningen har genom stickprovskontroll och bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig. Kvarstående rekommendationer kommer att följas upp i samband med årsrapporten.

2.5.2. **Riskanalyser och intern kontroll**

En granskning av SLSO:s arbete med riskanalyser och intern kontroll har gjorts. Den sammanfattande bedömningen är att SLSO:s arbete med riskanalys och intern kontroll följer regionens riktlinjer och granskningen föranleder inga rekommendationer.

2.5.3. **Delegationsordningar**

Revisionen har också granskat SLSO:s delegationsordning utan några väsentliga iakttagelser.

3. Räkenskaper

3.1. Delårsrapport 2023-08-31

Revisionen av den finansiella rapporteringen har utförts i enlighet med International Standard on Review Engagements ISRE 2410 Översiktlig granskning av finansiell delårsinformation.

I granskningen har inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att delårsrapporten inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet god redovisningssed och de regioninterna anvisningarna.

4. Yttrande över Årsrapport 2022

Nämnden har 2023-06-15 lämnat yttrande över revisionens årsrapport för 2022. Nämnden har inte i sitt yttrande framhållit synpunkter som avviker från revisionens synpunkter i rapporten.

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – Delår 2023

Stockholms läns sjukvårdsområde

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
89150 **Från rapport** 2022/03 Projektrapport	För att bättre kunna följa upp anpassningen av vård till barn och unga bör nämnden för Stockholms läns sjukvårds-område fokusera på att utveckla mått och indikatorer med fokus på barns vård.		**Delår 2023** Ett arbete med att ta fram förslag på mått och indikatorer har startats upp under hösten 2023 men inte kommit så långt att det finns framtagna förslag. Rekommendationen bedöms kvarstå.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107970 **Från rapport** 2023 Delrapport	Nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av digitali-seringsarbetet genom att ta ställning till strategiska vägval i färdplanen.	–	

Region Stockholm

Bilaga 2

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – Delår 2023

Stockholms läns sjukvårdsområde

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29929 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 643	Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor för utbetalning av lön kontrolleras och attesteras av respektive chef.	🟡	**Delår 2023** I uppföljning av rekommendationen framkommer att inga åtgärder har gjorts under 2023 för att komma till rätta med att säkerställa att samtliga utanordningslistor för lön kontrolleras och attesteras av resp. chef. Rekommendationen bedöms kvarstå.
57875 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att redovisningen av samtliga balanserade projektmedel följer god redovisningssed och regionens riktlinjer, samt återbetalas enligt avtal eller intäktförs när extern förpliktelse inte längre föreligger.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
97165 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att underlag styrker transaktioner med betalkort i enlighet med gällande rutiner.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
97166 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör förtydliga rutinen när det gäller vem som får attestera fakturor kopplade till betalkort.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
97167 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör ta fram en dokumenterad rutin för vilket underlag som ska styrka betalkortsfakturor kopplade till parkeringsavgifter.	🟢	**Delår 2023** En dokumenterad rutin finns för vilket underlag som ska finnas för fakturor avseende parkeringsavgifter. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97168 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor samt vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.	🔴	**Delår 2023** Inget arbete har påbörjats med att säkerställa att riskbedömningar görs. Rekommendationen bedöms därför kvarstå.
97169 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att Heroma implementeras och kan användas av hela organisationen för registrering av bisysslor samt säkerställa att dessa är anmälda, registrerade och bedömda enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
97170 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa kontroll för att säkerställa följsamheten till regelverkets anvisningar när det gäller bedömning av otillåtna bisysslor.	🟡	**Delår 2023** Ett arbete pågår att ta fram en fungerande kontroll men är fortfarande i uppstartsfasen. Rekommendationen bedöms kvarstå.
97171 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör se till att befintliga styrdokument avseende attest i ekonomisystemet stämmer överens-stämmer med gällande arbetssätt och regelverk.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
97172 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa en systematisk och formaliserad kontroll av upplagda behörigheter i Raindance för att säkerställa att behörigheterna är aktuella.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36993 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner av ledningsnära karaktär, samt att attest sker av oberoende part.	🟡	**Delår 2023** Åtgärder har vidtagits i syfte att säkerställa att transaktioner av den här karaktären hanteras korrekt granskningen visar på ett väsentligt bättre utfall än tidigare år, men fort-

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			satt bedöms det finnas mindre brister inom granskningsområdet. Rekommendationen bedöms kvarstå.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29942 **Från rapport** 2017 Delrapport **Tidigare ID** 1062	Ledningen bör säkerställa att stickprovskontroll av ändringar i fasta data i lönesystemet utförs månadsvis i enlighet med gällande rutin.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
76395 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att årlig inventering av anläggningstillgångar sker i enlighet med gällande rutin.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.
76396 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa en tydlig ansvarsfördelning vid inköp av hjälpmedel som innefattar kontrollmoment av att fakturering sker i enlighet med avtalade villkor.	🟡	**Delår 2023** En projektgranskning görs och kommer att vara klar till ÅR 2023.
76397 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen behöver säkerställa att alla bidragsintäkter hanteras i enlighet med RKR:s rekommendation R2.	🟡	**Delår 2023** Ingen granskning gjord i delåret.

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107473 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen för SLSO ledning bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet	–	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107474 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	–	

Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2022 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet

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

Förvaltningens motivering och yttrande

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

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

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

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

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

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

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna förvaltningens yttrande över regionrevisorernas årsrapport enligt ovanstående, samt

att överlämna yttrandet till revisorernas revisorsgrupp II.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör

Rikard Lindqvist
Tf. Avdelningschef
Verksamhetsstöd Ekonomi