

Årsrapport 2022

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Årsrapport 2022
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2023-03-30 överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2023-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
ordförande

Karelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – Hälso- och sjukvårdsnämnden

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

Bedömning för år 2022

	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

Nämnden ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av den pågående coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 224 mnkr.

Fullmäktige har beslutat¹ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår till 877 mnkr. Nämnden har även erhållit motsvarande belopp, 877 mnkr, i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktiges beslut.

De ökade kostnaderna på semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg 2023 ska, under förutsättning av fullmäktiges beslut, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav. Vid avstämning av resultatkravet sker en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års nivå, vilket för nämnden uppgår till 7 mnkr.

Det ekonomiska resultatet, justerat för ovannämnda poster uppgår till 231 mnkr², vilket är 231 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts. Däremot bedömer revisionen att avvikelser i utfall i förhållande till budget inte har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen

¹ RS 2021-0062 och RS 2021-0685

² Justerat resultat=årets resultat + coronarelaterade merkostnader + coronarelaterat intäktsbortfall – ev. ersättning för coronarelaterade merkostnader

Nämndens verksamhet har, framför allt i början av året, påverkats av coronapandemin, då smittspridningen ökade. Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2022 lagt resurser på att hantera pandemin, bland annat för att dämpa smittspridning samt för att planera och genomföra vaccinationer i olika faser.

Coronapandemin har därmed haft en fortsatt påverkan på nämndens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål och i viss grad att genomföra fullmäktiges uppdrag. Revisionen bedömer att fullmäktiges tre övergripande mål uppfylls, men noterar att nämnden bortser från att indikatorn *Andel väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist* enbart delvis når sitt målvärde. Revisionen bedömer att nämnden behöver fortsätta att arbeta med förbättrad tillgänglighet till specialiserad och akut vård som inte når sina målvärden. Det gäller väntetider till specialistvård och väntetider på akutmottagningar. Särskilt cancervården och psykiatrin, inklusive ätstörningsvården har köer och väntetider som överskrider målvärden.

Nämnden har genomfört fullmäktiges uppdrag, eller har pågående uppdrag enligt plan. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som tillfredsställande.

Intern styrning och kontroll

Revisionens granskning av nämndens ekonomistyrning visar att det pågår ett arbete för att minska kostnader. Det saknas emellertid formella beslut från nämnden om ett kostnadsreducerande arbete, exempelvis i form av en åtgärdsplan. Vidare behöver den ekonomiska analysen förbättras för att nämnden, fullmäktige och revisionen ska kunna bedöma nämndens ekonomiska läge. En tillräcklig styrning förutsätter transparens, särskilt när nämnden står inför stora utmaningar när det gäller att anpassa verksamheten framöver. Revisionen bedömer att nämnden inte vidtagit åtgärder eller skapat tillräckliga förutsättningar för att nå en ekonomi i balans på sikt.

Revisionen har även granskat kontroll och styrning av externa projekt. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden har åtgärdat vissa av tidigare felaktigheter i redovisningen. Nämnden behöver dock stärka den interna styrningen och kontrollen avseende hanteringen av externt finansierade projekt där medel vidareförmedlas till andra vårdgivare. Det gäller framför allt att tydliggöra roller och ansvar i arbetet med externa projekt samt delegation för avtal eller beslut om sådana projekt.

Revisionen bedömer att det i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan är svårt att utläsa om budgetförändringarna för olika vårdområden beror på ändrade vårdbehov eller ändrad efterfrågan. Det framgår inte heller tydligt i nämndens respektive avtalsutskottets beslut om vårdavtal i vilken utsträckning vårdbehoven täcks, eller vad som krävs för att öka behovstäckningen.

Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver efterfråga mer utförliga beslutsunderlag för att säkerställa transparens i beslutsfattandet avseende prioriteringar av resurser inom hälso- och sjukvården. Sammantaget behöver formerna för prioriteringsarbetet utvecklas och grunderna för prioritering mellan olika vårdbehov tydliggöras.

När det gäller styrningen av vårdkedjor för barn bedömer revisionen att hälso- och sjukvårdsnämnden bör vidareutveckla förfrågningsunderlagen till primärvården med mått och indikatorer för att följa upp om vård blir god och nära för barn. Detta för att kunna följa upp vården i syfte att stärka möjligheterna till en god och nära vård för barn. Även uppföljningen av samordning av barnsjukvården mellan vårdgivare behöver stärkas.

I vården för barn och unga med ätstörningar har hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt att tillräcklig kompetens finns inom primärvården eller den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, vilket skapar såväl långa väntetider som invecklade vårdförlopp för barn och unga med ätstörningar.

I en granskning av det systematiska arbetsmiljöarbetet bedömer revisionen att nämnden behöver utveckla arbetet för att säkerställa en tillräcklig uppföljning och delaktighet i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

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

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1	Årlig granskning	5
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	6
2.1	Ekonomiskt resultat	6
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	9
3	Intern styrning och kontroll	16
3.1	Ekonomistyrning	16
3.2	Verksamhetsstyrning	18
3.3	Externa projekt	20
3.4	Användning av betalkort	23
3.5	Ledningsnära kostnader och representation	24
3.6	Tillfällig löneersättning under pandemin	24
3.7	Systematiskt arbetsmiljöarbete	26
3.8	Hantering av anställdas bisysslor och förtroendevaldas jäv	28
3.9	Barnsjukvård	29
3.10	Kvalitetsuppföljning av vårdval	31
3.11	Prioritering av resurser i hälso- och sjukvården	32
3.12	Vård av barn och unga med ätstörningar	34
3.13	Underhåll av vårdens fastigheter	35
3.14	Åtgärdsvalsprocessen	35
3.15	Robusta sjukhus	36
3.16	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	37
3.17	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	37
4	Räkenskaper	38
4.1	Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)	38
4.2	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	38
4.3	Bedömning av räkenskaper	38
	Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden	
	Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen	
	Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier	

1 Årlig granskning

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

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

Nämnden ansvarar enligt reglementet för ledning av hälso- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm i enlighet med 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förutom i de avseenden där ansvaret åvilar vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN) eller kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON). Nämnden ansvarar för all hälso- och sjukvård som bedrivs eller finansieras av Region Stockholm. Nämnden utövar vidare ledning av folktandvården i enlighet med 11 § tandvårdslagen (1985:125), av Region Stockholms insatser enligt 22 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, utser smittskyddsläkare enligt smittskyddslagen (2004:168), samt beslutar om samordningsförbund enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Under nämnden har det 2022 funnits ett avtalsutskott och fyra beredningar (folkhälsoberedningen, seniorvårdsberedningen, tandvårdsberedningen och psykiatriberedningen). Under nämnden sorterar också långtidsutredningen, en parlamentarisk grupp som tjänstemännens långtidsutredning rapporterar till utifrån nämndens uppdrag.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är förvaltning åt hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) med underorgan, och var förvaltning även åt vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN), som upphörde 31 december 2022.

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

I granskningen har revisorerna biträttas av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Åsa Elffors och Anne-May Moberg m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Rebecka Hansson m.fl. vid PwC.

Revisorernas granskningsuppdrag utförs dels i form av basgranskning som årligen genomförs på alla nämnder/styrelser, dels genom fördjupad granskning av specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2022	Bokslut 2022	Bokslut 2021
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	75 137	79 745	77 885
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 75 137	- 79 520	-77 150
Årets resultat	0	224	736
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	877	872
Ersättning för täckning av merkostnader*	-	- 877	- 872
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	7	-
Justerat resultat	0	231	736
Balansomslutning (mnkr)	-	11 076	11 738
Årsarbetare (antal)	603	611	614

2.1.1 Resultat 2022

Hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 224 mnkr.

Fullmäktige har beslutat³ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår sammanlagt till 877 mnkr, varav 288 mnkr avser nämndens merkostnader och 589 mnkr avser ersättning som vårdgivare begärt som kompensation för deras merkostnader. Nämnden har även erhållit 877 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktige beslut⁴, varav 590 mnkr är bidrag för att täcka merkostnader hos vårdgivare.

³ RS 2021-0062 och RS 2021-0685

⁴ Fullmäktige har beslutat att nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården under 2022 ska kompenseras för covidrelaterade merkostnader. RS 2022-0062 och RS 2022-0442

Även ökade kostnader för semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg (PO-pålägg) enligt 2023 års nivå⁵ ska, under förutsättning av fullmäktiges beslut, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav. Vid avstämning av resultatkravet sker därför en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års PO-påläggsnivå, vilket för nämnden uppgår till 7 mnkr.

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 231 mnkr justerat för dessa poster, vilket är 231 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

I den fortsatta analysen utgår revisionen från det justerade resultatet som används vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav.

2.1.2 Jämförelse med budget 2022

Verksamhetens intäkter uppgår till 79 745 mnkr, inklusive ersättning för covidrelaterade merkostnader, vilket är 4 608 mnkr (6,1 procent) högre än budgeterat.

I nämndens verksamhetsberättelse är avvikelserna i intäkter i resultaträkningen uppdelade i följande poster: anslag 500 mnkr, övriga bidrag 1 651 mnkr och övriga intäkter 2 456 mnkr. Nämnden kommenterar avvikelserna i analysen av verksamhetens intäkter endast övergripande och inte utifrån de poster som resultattabellen visar. Merparten av avvikelserna förklaras i texten bero på; ökat anslag på 500 mnkr, ersättning för merkostnader för Covid-19 på 877 mnkr. Därutöver är förklaringen ökade/obudgeterade statsbidrag på totalt 2 580 mnkr (uppdelat i två poster på 1 342 och 1 238 mnkr). Därmed saknas förklaring på avvikelser på ca 650 mnkr i verksamhetsberättelsen. Enligt uppgift från förvaltningen beror 430 mnkr på att SLSO betalat tillbaka tidigare vidareförmedlade statsbidrag, 200 mnkr beror på tidigare års statsbidrag som balanserats till kommande år men som nu intäktsförts samt momskompensation på 160 mnkr. Då återstår 220 mnkr som inte förklarats.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 79 516 mnkr, inklusive covidrelaterade merkostnader, vilket är 4 385 mnkr (ca 5,8 procent) högre än budgeterat.

I nämndens verksamhetsberättelse är de största avvikelserna i kostnader enligt resultaträkningen uppdelade i två poster: köpta vårdtjänster 3 211 mnkr och övriga kostnader 1 095 mnkr.

Köpta vårdtjänster överstiger budget med 3 211 mnkr och förklaras i texten till resultattabellen delvis bero på kostnader för vaccination och provtagning, 1 282 mnkr, som täckts med statsbidrag. Det är det enda beloppet som

⁵ Regionen tillämpar nästkommande års nivå för PO-pålägg vid redovisning av semester och löneskuld. Detta medför ökade kostnader bland annat på grund av ökad inflation.

nämnden nämner som förklaring till postens avvikelse i verksamhetsberättelsen, vilket innebär att 1 929 mnkr av avvikelsen saknar förklaring i verksamhetsberättelsen. I övrigt framgår att de högre kostnaderna beror på hanteringen av uppskjuten/undanträngd vård. Enligt uppgift från förvaltningen avser 500 mnkr som betalats ut som kompensation till vårdgivare, dvs. samma belopp som anslaget utökats med. Vidare beskriver förvaltningen att momskompensation på 160 mnkr ingår i köpta vårdtjänster som motsvaras av ökade bidrag på intäktsidan. Även de obudgeterade statsbidragen på intäktsidan motsvaras av ökade kostnader på 1 238 mnkr. Inom köpta vårdtjänster redovisas även cirka en tredjedel av merkostnaderna till följd av covid-19, dvs. cirka en tredjedel av 288 mnkr.

Det framgår även i verksamhetsberättelsen att kostnaderna inom de olika verksamhetsområdena i vissa fall är högre än budget och i andra fall är lägre. Hänvisning görs till att avvikelser per verksamhetsområde beskrivs mer i detalj i kommande avsnitt. Beskrivningarna per verksamhetsområde ser dock olika ut och relaterar inte till posten köpta vårdtjänster i resultattabellen (se även 2.1.3).

Avvikelsen i övriga kostnader på 1 095 mnkr förklaras främst av coronarelaterade merkostnader, som övriga regionen fakturerat nämnden för, på 590 mnkr och 60 mnkr i kostnader för vaccination och provtagning. Cirka 450 mnkr av avvikelsen saknar därmed förklaring i verksamhetsberättelsen. Enligt förvaltningen avser 238 mnkr av dessa vidareförmedlat medlemsbidrag till Kommunalförbundet Sjukvårds och omsorg i Norrtälje (KSON) samt cirka två tredjedelar av merkostnaderna för covid, dvs. en tredjedel av 288 mnkr..

Årets investeringar uppgår till 8,3 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 9 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 92 procent.

2.1.3 Nämndens analys av avvikelser per verksamhetsområde

När det gäller beskrivningen av resultaten för de olika verksamhetsområdena beskrivs i verksamhetsberättelsen inledningsvis att resultatet varierar och att det delvis beror på hur statsbidrag och andra ersättningar samt relaterade kostnader redovisas. Enligt förvaltningen redovisas i vissa fall intäkter på ett verksamhetsområde och motsvarande kostnad på ett annat verksamhetsområde, för att förenkla administrationen. I andra fall har nämnden ibland budgeterat poster inom ett verksamhetsområde medan utfallet redovisas inom ett annat verksamhetsområde. Även detta görs enligt förvaltningen för att förenkla administration eller på grund av att nämnden saknat information när budgeten togs fram. Det framgår dock inte för vilka verksamhetsområden detta gäller.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet.

Stora delar av avvikelser i utfall mot budget som framgår i verksamhetsberättelsens resultattabell saknar förklaring i texten. Revisionen har erhållit kompletterande information från förvaltningen, men delar av avvikelserna saknar fortsatt förklaringar. Hänvisning görs i verksamhetsberättelsen till mer detaljerade redogörelser per verksamhetsområde. Dessa ser dock olika ut och förståelsen försvåras eftersom intäkter och kostnader budgeterats och redovisats på olika verksamhetsområden.

Sammantaget bedömer revisionen att avvikelser i utfall i förhållande till budget och utfall per verksamhetsområde inte har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen. Den ekonomiska analysen behöver förbättras för att nämnden, fullmäktige och revisionen ska kunna bedöma nämndens ekonomiska läge. Revisionen menar, att en ökad transparens behövs, särskilt då nämnden står inför stora utmaningar när det gäller att anpassa verksamheten framöver för att nå en ekonomi i balans på sikt, se vidare avsnitt 3.1.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Måluppfyllelse

Hälso- och sjukvårdsnämnden berörs av tre av fullmäktiges mål, som bryts ner och ger totalt 13 mål, vilket innebär sammanlagt 40 indikatorer samt 4 indikatorer under utveckling. 24 av fullmäktiges indikatorer är uppfyllda, 2 indikatorer (gulmarkerad/osäker) är delvis uppfyllda och 14 indikatorer uppfylls inte.

Fullmäktiges tre övergripande mål är: ”Långsiktig ekonomisk uthållighet” som bryts ner i två delmål varav en saknar indikator. Målet ”En hållbar regional utveckling” bryts ner i nio delmål varav en saknar indikatorer och till sist målet ”Hållbar arbetsgivare” bryts ner i två delmål, se tabell 1.

Fullmäktiges övergripande mål är uppfyllt då mer än hälften av nämndens delmål är uppfyllda. Om hälften av delmålen är uppfyllda anses det övergripande målet vara delvis uppfyllt. Övergripande målet anses inte vara uppfyllt om färre än hälften av delmålen uppfylls. Delmålen å sin sida mäts med hjälp av regionfullmäktiges indikatorer. Ett delmål är uppfyllt när mer än hälften av regionfullmäktiges indikatorer för delmålet nått sina målvärden, delvis uppfyllt om hälften av indikatorerna når sitt målvärde, och inte uppfyllt om färre än hälften av indikatorerna når sitt målvärde.

Nämnden når fullmäktiges tre övergripande mål 2022. Nämnden når däremot inte samtliga delmål, se tabell x där röd asterisk betyder att delmålet ej uppfyllts, grön betyder måluppfyllelse medan gul betyder delvis).

Delmålet En hälso- och sjukvård av god kvalitet uppnås på helårsbasis men nämnden påpekar att indikatorer som mäter tillgänglighet, en undergrupp på fem indikatorer av totalt 13 indikatorer för delmålet, avviker.

Fyra av de sex indikatorerna som avser vård i rätt tid har inte nått målvärdet; *Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning, Medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning, Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist, Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist.* Den femte indikatorn, *Andel väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist* uppnås delvis.

Endast indikatorn *Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning* i denna undergrupp av tillgänglighetsmått, når målvärdet (93 procent mot målet 90 eller mer).

Tabell 1: Regionfullmäktiges övergripande mål samt nämndens delmål med måluppfyllelse 2022

Regionfullmäktiges övergripande mål och nämndens delmål, utfall delmål 2022

Långsiktig ekonomisk uthållighet
Ett resultat i balans *
Hållbar investeringsutveckling (saknar indikator)
En hållbar regional utveckling
En hälso- och sjukvård av god kvalitet *
Region Stockholm bidrar till att förbättra folkhälsa för alla *
Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt *
Till år 2030 har Region Stockholms totala klimatpåverkan halverats jmf med 2019 *
Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara *
Region Stockholms verksamheter är resilienta *
Kärnverksamhet ska prioriteras *
Flöden i Region Stockholms verksamheter är cirkulära (saknar indikator)
Hög innovations- och digitaliseringsgrad *
Hållbar arbetsgivare
Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare *
Systematisk kompetensförsörjning *

2.2.2 Regionfullmäktiges övergrinade mål och indikatorer

Den pågående pandemin har påverkat måluppfyllelsen i synnerhet när det gäller övergripande målet ”En hållbar regional utveckling”, specifikt delmålet ”En hälso- och sjukvård av god kvalitet”. Nämnden når 7 av 13 indikatorer sitt målvärde avseende delmålet och därmed anses det uppfyllt. Revisionen bedömer att fullmäktiges tre övergripande mål uppfylls så som nämnden beräknat. Revisionen noterar dock att nämnden av fullmäktiges totalt 15 indikatorer, varav en inte mäts i år (Förekomst av vårdrelaterade infektioner), beräknat måluppfyllelse för 7 indikatorer, 6 når inte målvärdet och en indikator har noterats som ”delvis uppfyllt”.

Sättet att räkna indikatorer skiljer sig alltså mot regionledningskontorets anvisning för verksamhetsberättelse 2022.

Nämnden anger att påverkansfaktorer är relaterade till pandemin då den planerade vården varit pausad i omgångar och att det totala antalet väntande ökade när de som avvaktat började söka sig till vården. Under pandemin pausades 30-dagarsgarantin vilket enligt nämnden sannolikt också har bidragit till den sjunkande andelen väntande inom vårdgarantin. Variationen är stor mellan vårdgivare, skriver nämnden, vilket kan bero på att vissa har personalbrist och att vissa så som sjukhus generellt tar emot patienter med högre sjukdomsburda. Skillnader mellan vårdområden, i patientvolym och registrering är andra möjliga påverkansfaktorer, enligt nämnden.

Medianväntetid till ”första läkarbedömning på akutmottagning” har målvärdet 56 minuter för år 2022 vilket inte nås då utfallet är 66 minuter. Detta är en försämring jämfört med 2021 då utfallet var 60 minuter. Även indikatorn *Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning* har sjunkit med fem procentenheter från 42 procent till 37 procent (mål 78 %). Nämnden framför pandemin och tillkomsten av närakuter som påverkansfaktorer som till exempel att fler patienter som tidigare sökt till akutsjukhusens akutmottagningar nu söker till närakuterna med den påföljd att andelen som söker akutmottagningarna på sjukhus är mer sjuka, vilket i sin tur förlänger handläggningstiden. *Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar* uppnå målvärdet 42 procent (51 %). Andelen av dessa besök med mer komplicerade diagnoser ökade på närakuterna med 9 procent, vilket visar att närakuterna nu i större utsträckning omhändertar patienter som tidigare belastat akutsjukhusens akutmottagningar, enligt nämnden.

Nämnden överskrider målet om ”Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning” med tre procentenheter (93 % mot målet fler än 90 %) samt indikatorn *Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle* (0,5 % mot målvärdet färre än 1,3 %) vilket indikerar på att insatser för snabbare utskrivning från akutsjukvården gett resultat.

För nämndens åtgärder för att öka tillgänglighet, se avsnitt 3.2.

Ytterligare två indikatorerna som relaterar till målet ”En hälso- och sjukvård av god kvalitet” och som inte når målvärdet är *Vård med patienten i fokus: Helhetsintryck i primärvården*. Indikatorn består av flera frågor där helhetsintryck avser att belysa patientens upplevelse av vården sett till helhetsaspekten, upplevd effektivitet och utfall, omhändertagande och trygghet. Regionfullmäktiges mål är 81 procent. Värdet uppnår 78 procent vilket är en försämring om en procentenhet jämfört med 2021. Även indikatorn *Andel av länets invånare som har ett stort förtroende för vården* som mäter målet ”Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt”, visar på sjunkande värde från 68 procent till 64 procent jämfört med 2021.

Nämnden skriver att man når delmålet ”Hög innovations- och digitaliseringsgrad” under fullmäktiges övergripande mål ”En hållbar regional utveckling” då ett av tre delmål uppfylls, ett inte uppfylls och ett uppfylls delvis. Indikatorerna *Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt* bara uppnås bara delvis (utfall kan vara ja eller nej), *Innovationsgrad* uppnås inte (grad 3 motmålvärde 4) medan indikatorn *Graden av digital mognad* uppnås. Pandemin har påskyndat innovativa idéer men också försenat implementering enligt nämnden.

Under samma övergripande mål finns ytterligare indikatorer som inte når målvärdet; indikatorn *Andel förnybara drivmedel för transporter* (36 %⁶ mot målet 95 %) samt *Andel ekologiska livsmedel* (48 % mot målet 50 %).

Måluppfyllelsen har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

2.2.3 Nämndens egna indikatorer

Nämnden har även själv satt upp indikatorer för vissa av delmålen. De som ej når målvärdet och som mäter måluppfyllelse för delmål ”En hälso- och sjukvård av god kvalitet”, är *Andel äldre (75+) med olämpliga läkemedel* (9,1 % jämfört med målvärde 9 % eller färre), *Andel av de cancerfall som utretts via standardiserade vårdförlopp (SVF) och som har fått vård inom uppsatt tid* (52 % mot målet 80 %), *Andel av personer i Stockholms län som nås av prehospitall resurs inom 20 min vid prio 1-larm* (79,2 % mot målvärdet 90 %) samt *Samordnad individuell plan (SIP) för patienter som får läkemedels-assisterad behandling vid opioidberoende* (42 % mot målvärde 45 % eller flera).

Även bland nämndens egna indikatorer är det tillgänglighetsmått som inte når målvärdet; *Andel av de cancerfall som utretts via SVF och som har fått vård inom uppsatt tid* med målet 80 procent uppnår värdet 52 procent, vilket är en försämring på 6 procentenheter jämfört med 2021. Indikatorn mäter både andel patienter som inkluderats i ett vårdprogram i tid (inklusionsmål) där målet är 70 procent vilket uppnåddes (76 %) samt andel som därefter (ledtidsmål) fått sin vård inom tidsramen för SVF med ett målvärde om 80 procent. Värdet för ledtidsmålet har alltså sjunkit och nämnden anger bland annat att andelen patienter som fått vård i tid skiljer sig mellan de olika förloppen, från lägst 29 procent (lungcancer) till högst 89 procent (blodcancer). Den positiva trenden avseende antalet inkluderade i SVF kommenteras som ett resultat av intensiva insatser.

Avseende andel som får sin vård inom stipulerad tid i SVF kommenteras med en hänvisning till värdet för riket, som är sämre än regionens. Nämnden framför vidare att ledtiderna och kvaliteten i flödet är komplex och påverkas av en rad faktorer. Nämnden har, via de till Regionalt cancercentrum

⁶ Värdet är för år 2021 då värdet inte hunnits samlas för år 2022 enligt verksamhetsberättelse 2022 RS 2022-0738

Stockholm-Gotland (RCC) knutna processledarna stöttat vårdgivarna med förbättringsarbete. Exempel på arbeten som gjorts är att processen för hjärntumörer genomlysts och samarbete med akutmottagningarna på sjukhusen skapats för att få en säkrare vårdprocess. Inom huvud-halscancerprocessen kan nu fler erbjudas provtagning av körtlar på halsen för snabbare och enklare diagnostik och inom lungcancerprocessen pågår ett omfattande arbete med att säkra förutsägbara och snabba utredningsspår. För patienter inom hematologiska processer genomförs nu benmärgsprovtagning av sjuksköterskemottagning vilket lett till ökad nöjdhet, snabbare handläggning och ett mer patientsäkert omhändertagande. Arbete är även genomfört för att kunna erbjuda cytostatikabehandling i hemmet. Framtagande av digitala lösningar för uppföljning av cancerpatienter inom SVF frigör tid för patienter och hittills rapporterar Karolinska in över 20 SVF automatiskt via standardiserade termer i journalen, arbetet kommer spridas till fler vårdgivare i regionen. Vidare har en regional arbetsgrupp bildats för att kunna dra nytta och kunskap från den nationella genomlysningen av urologi som genomförts under 2022. Arbetsgruppen kommer fokusera på slutsatserna i genomlysningen och ta fram en handlingsplan för regionalt arbete.

Vidare har nämndens egna indikatorer för delmålet ”Till år 2030 har Region Stockholms totala klimatpåverkan halverats jämfört med 2019” en indikator *Andel nya och reviderade vårdavtal de senaste 12 månaderna där det finns miljökrav som styr mot mål i gällande miljöprogram som inte når målvärdet om 100 procent utan 94 procent, dock med en förbättring om fjorton procentenheter jämfört med 2021.*

Nämndens indikator *Andel avtalsområden där uppföljning genomförts i enlighet med uppföljningsplan* för delmål Kärnverksamhet ska prioriteras uppnår sitt värde.

2.2.4 Uppdrag från fullmäktige

Hälso- och sjukvårdsnämnden får uppdrag från regionfullmäktige och regionstyrelsen och beslutar om egna uppdrag som ges till hälso- och sjukvårdsdirektören. Av regionledningskontorets anvisningar för rapportering 2022 framkommer att när status för uppdraget uppges vara pågående med avvikelse eller ej påbörjad, ska kommentaren innehålla en beskrivning av orsakerna och en beskrivning av planerade/vidtagna korrigerande åtgärder.

Nämnden redovisar 30 uppdrag från fullmäktige, varav 23 har markerats som avslutade och 7 markerats som pågående enligt plan. Pågående enligt plan är till exempel arbetet med att ta fram nya sjukhusavtal för egen regionen som ska börja gälla från och med år 2024 samt upphandling av vården vid S:t Görans sjukhus efter att avtalet löper ut i början av 2026.

Pågående är också uppdraget att säkerställa att de avtal som dataskyddsförordningen kräver finns med. Arbetet fortsätter med att åtgärda de brister som finns idag där inledningsvis Lifecare SP, ett it-stöd för bättre samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, prioriterats.

Uppdraget att utreda regionalt förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrien pågår där ett antal åtgärder genomförs; både inom primärvården och den specialiserade vården för att utveckla och stärka tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa. Åtgärderna är: 1) Barn- och ungdomspsykiatrien har tillförts ytterligare resurser. 2) Barn- och ungdomspsykiatrien delas från och med 2023 in i nio ansvarsområden, vilket förväntas ge bättre förutsättningar att bedriva effektiv specialistvård. 3) Arbetet med att införa en sammanhållen vårdkedja för patienter med ADHD har inletts och följs upp genom en särskild uppföljningsplan. Arbetet kommer att fortsätta under 2023.

Nämnden har även lämnat en separat lägesrapport om arbetet med de uppdrag som lämnats av nämnden själv. Rapporten innehåller totalt 60 uppdrag, varav 19 pågår enligt plan, 37 har avslutats, två har inte påbörjats och två pågår med avvikelse.

För de två uppdragen som har markerats att de inte har påbörjats finns Inleda en förnyad upphandling av tre närakuter samt förbered för avtalsförnyelse med SLSO gällande närakuterna i egen regi och uppdraget "Ta fram prognoser över nuvarande och framtida behov inom professioner som arbetar med barns och ungas psykiska ohälsa inom första linjen och på den specialiserade nivån samt inventera befintlig kompetens". För dessa saknas förklaring om varför de inte påbörjats. Det första uppdraget kommenteras med att arbetet ska påbörjas under första kvartalet 2023.

De två uppdrag som pågår med avvikelse avser en upphandling av tjänst för att leverera lämplig huvudbonad eller hår samt kosmetisk pigmentering. Arbetet har påbörjats, men pausats på grund av annan prioritering. Någon annan förklaring ges inte. Nämnden avser återuppta arbetet 2024.

Det andra uppdraget avser ett fattat tilldelningsbeslut gällande upphandling av tolktjänster som har överprövats. Avgörande i kammarrätten inväntas. Interimistiska avtal har tecknats med befintliga leverantörer för att trygga försörjningen av tolktjänster under överprövningsperioden.

Nämnden uppger i sin verksamhetsberättelse att förvaltningen under året har varit under stark press av pandemin, särskilt vid inledningen av 2022 med ökad spridning av covid-19 och andra luftvägsinfektioner, vilket gav hög andel sjukskrivningar och ansträngt läge i akutsjukvården. Läget förbättrades därefter och slutenvårdsbehovet av vård vid covid-19 minskade för att sedan från slutet av november återigen försämrades med ökad smittspridning. Under årets sista veckor var läget i vården synnerligen ansträngt till följd av ett stort slutenvårdsbehov för patienter med covid-19, säsongsinfluensa samt RS-virus. Fem av sex sjukhus gick upp i stabsläge under julhelgerna.

2.2.5 Produktion (utförare)/Konsumtion (beställare)

I tabellen nedan redovisas den totala vårdkonsumtionen för hälso- och sjukvården i Stockholms län 2022, jämfört med 2021.

Tabell 2: Vårdkonsumtion 2021 och 2022

Vårdkonsumtion (antal)	Utfall 2022	Utfall 2021	Förändr. utfall fg år
Läkarbesök totalt	7 513 557	6 469 458	0,8 %
Övriga besök totalt	12 105 992	10 668 475	5,7 %
Vårdtillfällen totalt	302 973	300 647	0,8 %

Läkarbesöken har ökat med cirka 0,8 procent medan antalet övriga besök (till exempel sjuksköterskebesök, fysioterapi, arbetsterapi, logopedi, fotvård) har ökat med cirka 5,7 procent jämfört med år 2021. Ökning av vårdkontakter har skett inom de upphandlade avtalen samt öppenvården inom den somatiska specialistvården vid akutsjukhusen (inklusive S:t Eriks ögonsjukhus).

Antalet vårdtillfällen inom slutenvården har ökat med 0,8 procent jämfört år 2021. Ökningen motsvarar cirka 2 300 vårdtillfällen och återfinns huvudsakligen inom äldre sjukvården.

Den totala slutenvården vid akutsjukhusen har ökat marginellt för alla akutsjukhus förutom för Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset.

Distanskontakterna har ökat kraftigt, exempelvis inom husläkarverksamheten där distanskontakter ökat med cirka 18 procent jämfört med år 2021.

Totalt sett har antalet vårdtillfällen ökat med 2,6 procent inom den psykiatriska vården. Ökningarna finns främst inom beroendevård och ätstörningsvård.

Inom BUP har antalet vårdtillfällen minskat med 10,0 procent jämfört med 2021 beroende på en vattenskada som medförde att man tvingades dra ned på antal Barn och ungdomspsykiatri, BUP. Man tvingades dra ned på antalet vårdplatser i samband med byggåtgärder. Därmed har inom slutenvården antal utskrivna patienter sjunkit från 482 till 438 individer. Medelvårdtiden per vårdtillfälle har ökat från 9,3 till 10,4 dagar.

Antal vårdtillfällen avseende ätstörningsvården har ökat med 8,2 procent jämfört med föregående år. Antal läkarbesök ökade med 4,9 procent och övriga besök ökat med 9,4 procent jämfört med 2021.

Antal unika individer inom ätstörningsvården har ökat från 3 271 till 3 822 eller med 16,8 procent jämfört med 2021. Extramedel har tillförts till ökade vårdbeställningar jämfört med 2021. Revisionen har under 2022 genomfört en extra granskningen av ätstörningsvården, se även avsnitt 3.12.

Det totala antalet läkarbesök inom primärvården har ökat med 2,5 procent jämfört med samma period 2021. Inom husläkarverksamheten har samtliga besökstyper, både läkarbesök (fysiska och distanskontakter förutom videobesök), övriga besök och besök inom området psykosociala insatser ökat. Detta beror dels på en återgång till mer normala besöksmönster, dels på att nya husläkarmottagningar öppnat samt på att digitala vårdgivare etablerat sig med fysiska mottagningar inom Regionen.

Basal hemsjukvård har en ökning av övriga besök med 13,2 procent beroende på att allt fler kommuner infört permanent delegationsstopp vilket medför en ökning av antalet undersköterskebesök.

Vuxentandvården uppvisar öknings av vårdkonsumtionen jämfört med 2021 och samtidigt även en återhämtning till de nivåer som gällde före utbrottet av covid 19-pandemin, med undantag för nödvändig tandvård där vårdkonsumtionen sjunker med 7,0 procent jämfört med året närmast före utbrottet, år 2019.

2.2.6 Beställarköpkraft

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen säger att man har under en längre tid före pandemin mätt produktivitetens utvecklingen i hälso- och sjukvården som vårdbeställarens köpkraft. Pandemiåren 2020-2022 har dock inneburit kraftiga störningar i såväl sökmönster, produktion och särskilda ekonomiska satsningar som gör att produktivitetens utvecklingen är svår att analysera på ett rättvisande sätt. Därför redogör hälso- och sjukvårdsnämnden inte för beställarköpkraft i 2022 års verksamhetsberättelse.

2.2.7 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin i vissa delar har påverkat nämndens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet. Revisionen bedömer att fullmäktiges tre övergripande mål uppfylls så som nämnden beräknat. Revisionen noterar dock att nämnden beräknar måluppfyllelsen på ett sätt som skiljer sig alltså mot regionledningskontorets anvisning för verksamhetsberättelse 2022. Revisionen bedömer att nämnden behöver fortsätta att arbeta med förbättrad tillgänglighet till specialiserad och akut vård, se även avsnitt 3.2.

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 3.

3.1 Ekonomistyrning

Nämnden har i delårsrapporten för 2022 prognostiserat årets resultat till 400 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnader.

I delårsrapporten angav hälso- och sjukvårdsnämnden att de viktigaste orsakerna till att prognostiserat resultat vid delåret översteg resultatkravet var att tillfälliga medel tillförts nämnden och att motsvarande kostnad inte bedömdes kunna upparbetas under 2022. Därtill bedömdes att vårdkonsumtionen var förhållandevis låg inom vissa områden.

Resultatet för helåret justerat för coronarelaterade poster blev 176 mnkr lägre än prognosen i delårsrapporten. Hälso- och sjukvårdsnämnden anger att det positiva resultatet framför allt beror på statsbidrag som inte var budgeterade.

Trots att nämnden redovisar ett positivt resultat för 2022 finns en underliggande kostnadsökning som innebär att den ekonomiska situationen för nämnden är utmanande.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2020 beskrev nämnden ett arbete för att ta fram kostnadsreducerande åtgärder som då hade pågått sedan beslutet om budgetunderlaget för 2020 fattades. Bortsett från ett inriktningsbeslut för effektivare vårdstruktur och hållbar utveckling, som inte preciserade några konkreta åtgärder, togs inget beslutat om åtgärdsprogram.

I verksamhetsberättelse för 2022 beskriver nämnden att arbete pågår för att identifiera lämpliga åtgärder för att begränsa kostnadsutvecklingen. Nämnden anger att förslag till effektiviseringar i vården löpande har presenterats. I protokoll från nämndsammanträdena finns ingen information om att sådana förslag har presenterats för nämnden.

Revisionen har efterfrågat förslagen och erhållit ett arbetsmaterial. Materialet utgörs av en tabell med knappt 50 förslag på kostnadsreducerande åtgärder varav cirka 15 förslag ska ge en kostnadsreducering som beräknas uppgå till cirka 600 mnkr under 2023. Förslagen är inte beslutade av nämnden, i form av exempelvis en åtgärdsplan. Förslagen hanteras informellt på förvaltningen och har presenterats i dialog med den politiska nivån men det framgår inte i protokoll att det har presenterats för nämnden i sin helhet. Något beslut som ett kostnadsreduceringsarbete framgår inte i nämndens sammanträdesprotokoll eller beslutsunderlag.

Förslagen i det arbetsmaterial som revisionen tagit del av berör endast i liten grad de områden som nämnden i verksamhetsberättelsen anger ska bidra till en ekonomi i balans: prioritering och behovsanalyser, nära vård, vårdvalen, framtidsutredningen och välfärdsbrottslighet. Hälso- och sjukvårdsnämnden beskriver övergripande vad nämnden gjort eller hur den tar sig an de olika områdena. Dessa beskrivningar sammanfaller dock inte med åtgärder som finns i det arbetsmaterial som revisionen tagit del av.

Bedömning

Revisionen konstaterar att hälso- och sjukvårdsnämnden når ekonomi i balans 2022, vilket främst förklaras av att nämnden erhållit tillfälliga bidrag och ersättningar.

Nämnden har beskrivit att arbete pågår för att identifiera kostnadsreducerande åtgärder för att på sikt nå en ekonomi i balans. Arbetet har pågått sedan budgetunderlaget inför budget 2020, vilket innebär att arbetet pågått i drygt tre år. Nämnden har dock ännu inte beslutat om konkreta förslag och några kostnadsreducerande åtgärder framgår inte i nämndens sammanträdesprotokoll eller beslutsunderlag.

Revisionen anser att samstämmigheten är låg mellan det arbete som pågår på förvaltningen med förslag på åtgärder och det nämnden beskriver om kostnadsreduceringar i verksamhetsplanen. Eftersom det dessutom saknas formella beslut eller underlag från nämnden, exempelvis i form av en åtgärdsplan, är revisionens bedömning att nämnden behöver stärka ekonomistyrningen för att nå en ekonomi i balans på sikt.

3.2 Verksamhetsstyrning

Nämnden prognosticerade vid delårsbokslut att fyra indikatorer rörande tillgänglighet till specialistvården inte skulle nå målet med anledning av pandemin; antalet väntande till första besök hos specialist och väntande till behandling var högre än motsvarande tidpunkt 2019, 2020 och 2021, vilket också blir resultatet för 2022.

På grund av pandemin tillämpades inte viteskrav för bristande tillgänglighet i avtalet med akutsjukhusen under 2022.

För att arbeta med köreduceringar har akutsjukhusen kunnat ansöka om ersättning för merkostnader i samband med köreduceringsinsatser under hela 2022. Medel fördelades till akutsjukhusen för flera tillfälliga satsningar: förutsättning för att arbeta med köställd och undanträngd vård, pandemiberedskap samt förutsättningar för förbättrat akut omhändertagande. Köreducing har dock gått i långsammare takt på grund av att smittspridningen ökade under sommaren samt med anledning av semestrar. I slutet av 2022 ökade belastningen ytterligare på akutsjukvården då smittspridningen av covid-19 återigen ökade i kombination med RS-virus och influensa.

Satsningen på köställd och undanträngd vård har fortsatt under perioden, skriver nämnden, och finansierats av regionmedel om 500 mkr samt statsbidrag om 460 mkr. I maj 2022 erhöll Region Stockholm 98 miljoner kronor för insatser under 2022 i syfte att omhänderta behov av disponibla vårdplatser.

Ytterligare en insats i syfte hantera köställd vård var att samordna vården mellan akutsjukhusen samt andra delar av vårdsystemet för att omhänderta den köställda och uppskjutna vården i ett samarbete inom Region Stockholm. Detta under ledning av hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom ramen för det så kallade Beställarplansarbetet.

Syftet med arbete var att i en systemövergripande lägesbild av hälso- och sjukvården månatligen analysera pandemins påverkan på hälso- och sjukvården på kort och lång sikt samt ge förslag på möjliga strategier för att säkerställa ett vårdutbud som motsvarar befolkningens behov efter pandemin och skyndsamt omhändertaga uppskjuten och undanträngd vård.

För att hantera uppskjuten och undanträngd vård tilldelades tillfälliga medel i form av regionmedel 2021 och 2022, samt riktat statsbidrag för uppdämda vårdbehov 2022. Dessa medel finansierade de åtgärder för köställd och undanträngd vård som implementerades inom ramen för Beställarplansprojektet. Arbete pausades av den fjärde pandemivågen vid årets inledning och återupptogs efter första kvartalet, skriver nämnden. Projektet avslutades juni 2022 men en mindre samordningsfunktion uppdrogs fortsatt samordna arbetet december ut samt att följa effekterna av implementerade åtgärder juni 2022 – dec 2022. Arbetet sker nu in i linjen där månadsrapporten och underlag för vårdbeställningar publiceras tre gånger om året så som en analysrapport och där lärdomar från arbetet med Beställarplansprojektet förts över till arbetet med budgetuppdraget om behovsstyrd vård.

Indikator för *Andel av de cancerfall som utretts via SVF* når inte målet. Nämnden skriver att det sedan våren 2021 har antalet nya cancerfall legat i nivå med åren innan pandemin. Dock noteras inget större återtag av nedgången som inträffade till följd av pandemin. Under hösten 2022 sågs en ökning av andelen cancerfall som upptäckts i mer avancerat stadium (för flera cancerformer), vilket på sikt kan ge ökad sjuklighet och ökat behov av vård och uppföljning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har månadsvis analyserat totalantalet nya cancerfall i regionen samt inklusion och ledtider inom de standardiserade vårdförloppen, SVF för att följa utvecklingen efter pandemin. Fördjupade analyser av specifika cancerformer har gjorts tre gånger per år.

För att säkerställa att vården av cancerpatienter är fortsatt prioriterad med hög tillgänglighet har åtgärder löpande tagits fram i dialog med regionens vårdgivare, skriver nämnden. Syftet med åtgärderna har varit att minimera de negativa effekterna av pandemin inom cancerområdet. För åtgärder se avsnitt 2.2.1 Nämndens egna indikatorer.

Bedömning

Coronapandemin har därmed haft en fortsatt påverkan på nämndens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål och i viss grad att genomföra fullmäktiges uppdrag. Revisionen bedömer att fullmäktiges tre övergripande mål uppfylls, men noterar att nämnden bortser från att indikatorn *Andel väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist* enbart delvis når sitt målvärde. Revisionen bedömer att nämnden behöver fortsätta att arbeta med förbättrad tillgänglighet till specialiserad och akut vård som inte når sina målvärden. Det gäller väntetider till specialistvård och väntetider på akutmottagningar.

Särskilt cancervården och psykiatrin, inklusive ätstörningsvården har köer och väntetider som överskrider målvärden.

3.3 Externa projekt

En granskning har genomförts av hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av externa projekt. Syftet har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig intern styrning och kontroll avseende hantering och redovisning av externt finansierade projekt.

Enligt Region Stockholms gemensamma rutiner för projektredovisning⁷ är ett projekt en aktivitet som har ett specifikt syfte, är avgränsad i tid och kräver särskild redovisning/uppföljning. Projektet genomförs av en tillfällig organisation, som är sammansatt utifrån de krav som projektets genomförande ställer. Inom Region Stockholms enheter skiljer man mellan internt finansierade och externt finansierade projekt. Denna granskning avgränsad till externt finansierade projekt.

3.3.1 Organisation, ansvar och roller

Enligt regionens övergripande anvisning för projektredovisning bör varje förvaltning/bolag som hanterar externa projektmedel ha lokalt beslutade riktlinjer/regelverk för dessa. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har följande lokala anvisningar på området: *Anvisning för externa projektmedel* och *Manual för externa projekt i praktiken*. Båda dokumenten omfattar i princip endast den praktiska administrationen av projekt.

Enligt intervju finns det en organisationsstruktur för projekt som involverar bidragsgivare (statlig myndighet eller annan organisation), projektansvarig, redovisningsansvarig, controller och koncernfinans (i de fall projekt finansieras av statsbidrag) med controllern som samordnare. Den struktur som beskrivs finns dock inte dokumenterad.

Ansvarsfördelningen framgår dock till viss del av Anvisning för externa projektmedel. Enligt anvisningen ska avdelningarna på förvaltningen utse en samordnare för projekt. Denne är ansvarig för projekten gentemot redovisningsavdelningen (på Serviceförvaltningen) och ska fortlöpande hålla sig underrättad om projektens fortskridande samt se till att den ekonomiska hanteringen följer fastställda bestämmelser. Samordnaren är enligt intervju alltid en controller och externa projekt finns endast inom ett begränsat antal avdelningar. Det innebär att det endast är en handfull controllrar på förvaltningen som jobbar med projekt av totalt ca 30-40 stycken.

Av anvisningen framgår vidare att redovisningsavdelningens roll är att vid start av ett nytt projekt se till att alla nödvändiga uppgifter lämnas in, och att hantera kontroller och betalning av fakturor, ekonomisk redovisning samt kontrollera att tilldelade projektmedel inte överskrider.

⁷ Region Stockholm intranät - Projektredovisning (sll.se)

Övriga roller och ansvar som uppges finnas i organisationsstrukturen för projekt är inte dokumenterade. Det betyder att t.ex. projektledarens roll och ansvar inte finns tydliggjord. Vid intervju framkommer att det finns ett behov av att tydliggöra detta. Det uppges dock vara respektive projektledare som ansvarar för att projektet löper enligt beskrivning samt att de uppfyller krav för bidragsmedel.

Enligt regionens anvisning Projektredovisning ska beslut om projektstart fattas i enlighet med den lokala beslutsordningen. Delegationsordningen (fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-02-15 och reviderad 2022-05-24) innehåller inte någon delegation gällande externa bidrag eller projekt. Inte heller beslutsordningen innehåller något kopplat till granskningsområdet. Enligt förvaltningen behandlas de olika typerna av beslut som fattas inom ramen för externt finansierade projekt i besluts- och delegationsordningarna. Detta innebär att det varken av någon dokumenterad rutin eller av delegations- eller beslutsordning framgår på vilken nivå beslut gällande externt finansierade projekt ska fattas.

3.3.2 Erhållna och vidareförmedlade bidrag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen erhåller externa bidrag på flera olika sätt. En stor del av statsbidragen erhålls från koncernfinans, det vill säga koncernfinans erhåller ett externt bidrag som i sin helhet eller delvis förmedlas vidare till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. En stor del av dessa bidrag har regionen, enligt intervju, god kännedom om på förhand och dessa är även budgeterade hos förvaltningen. Det finns även externa bidrag som fördelas till förvaltningen genom regionanslaget. Ett sådant externt bidrag är läkemedelsbidraget. Resterande externa bidrag betalas ut direkt till förvaltningen.

En del av de bidrag som förvaltningen erhåller fördelas i sin tur ut till övriga enheter (vårdgivare) inom regionkoncernen. När ett externt bidrag förmedlas vidare tecknas ett nytt avtal mellan förvaltningen och mottagaren. Av avtalet framgår bl. a. vad mottagaren förväntas göra med bidraget, under vilken tidsperiod samt vilken återrapportering som ska göras. Revisionen har inom ramen för andra granskningar (både på förvaltningen och andra enheter inom regionkoncernen) noterat att det av dessa avtal inte framgår vem som är den ursprungliga bidragsgivaren samt att de ursprungliga villkoren kan ha ändrats, i huvudsak när det gäller den period under vilken bidraget får användas. Ett resultat av detta har varit att mottagarna inom regionkoncernen hanterat bidraget på felaktigt sätt i sin redovisning och att den återrapportering som förvaltningen i sin tur gjort till den externa bidragsgivaren kan ha varit felaktig (det vill säga att man angett att bidraget varit förbrukat trots att delar fortfarande fanns kvar hos övriga enheter).

Av regionens gemensamma rutiner för projektredovisning framgår att med ett externt finansierat projekt avses såväl projekt som finansieras av företag utanför Region Stockholm som projekt som finansieras av andra enheter inom Region Stockholm och som inte finansieras i form av årsanslag.

Om bidragets ursprung inte går att utläsa av avtalen som tecknats inom regionen, går det inte heller att bedöma om det rör sig om ett externt bidrag eller årsanslag. Utifrån genomförd granskning, och de stickprov som genomförts, har inte några statsbidrag vidareförmedlats där hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte upplyst om eller ändrat bidragsvillkoren under 2022. Under 2022 har förvaltningen även erhållit återbetalningar på 193 mnkr från SLSO, där man rensat redovisningen från statsbidrag som tidigare balanserats.

3.3.3 Redovisning av externa bidrag

Av Manual för externa projekt i praktiken framgår hur projekt ska öppnas, förlängas och avslutas. Dessutom framgår det vilka löpande kontroller som ska göras samt hur projekten ska hanteras vid årsskifte. Manualen har tagits fram av hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2022. Revisionen har inom ramen för granskningen konstaterat att det till viss del finns en följsamhet till manualen men att avvikelser som förekommer i huvudsak kan förklaras av att manualen och arbetssättet till viss del är nytt för året.

Vid delåret 2022 fanns det på hälso- och sjukvårdsförvaltningen 30 aktiva projekt med ett balanserat saldo på cirka 400 mnkr. Vid bokslut 2022 var 6 projekt aktiva på cirka 180 mnkr. Minskningen beror dels på att många projekt är ettåriga och därmed avslutas vid årets slut, dels på att det historiskt funnits en del projekt som felaktigt balanserats men som åtgärdats under året.

Vid granskningen av årsbokslutet 2021 kunde revisionen konstatera att det fanns cirka 193 mnkr i bidragsintäkter som var felaktigt balanserade. Bidragsintäkterna saknade extern förpliktelse och enligt Rådet för kommunal redovisnings rekommendation R2 ska intäkter som saknar extern förpliktelse intäktsföras. Den felaktiga hanteringen hade enligt uppföljning med förvaltningen gjorts av patienthänsyn. Under 2022 har ett arbete pågått med att avsluta projekt som felaktigt balanserats. Vid granskningen av årsbokslut 2022 finns cirka 50 mnkr i projektintäkter som borde vara intäktsförda. Majoriteten av kvarstående medel avser ett projekt som sedan flera år tillbaka konstaterats vara felaktigt balanserat.

Bedömning

Revisionen konstaterar att den organisationsstruktur (inklusive roller och ansvar) som uppges finnas för projektstyrning inte finns dokumenterad. Den dokumentation som finns rör i huvudsak den praktiska administrationen av projekt. Detta innebär till exempel att projektledarens roll och ansvar inte finns tydliggjord. Det går inte heller att se på vilken nivå avtal eller beslut om projekt ska tecknas då det varken framgår av dokumenterad rutin eller av nämndens delegations- eller beslutsordning. Sammantaget bedömer revisionen att det inte finns tillräckligt tydliga rutiner för organisationsstruktur och hantering av externt finansierade projekt.

Av de bidrag som vidareförmedlas till andra vårdgivare inom regionkoncernen har det under tidigare år konstaterats i brister i hanteringen då förvaltningen, i sin vidareförmedling och i de avtal som då tecknats, ändrat bidragsvillkoren. Det har i sin tur lett till en felaktig hantering i mottagarens redovisning. I den granskning som genomförts 2022 har inga sådana brister noterats. Däremot har förvaltningen erhållit en återbetalning från SLSO på 193 mnkr avseende statsbidrag som vidareförmedlats av hälso- och sjukvårdsförvaltningen före 2022 och där villkoren hade ändrats av förvaltningen.

Slutligen bedömer revisionen att redovisningen av externa projektmedel har förbättrats jämfört med tidigare år och att vissa felaktigheter i redovisningen åtgärdats. Det kvarstår brister i förvaltningens redovisning av externa projektmedel på cirka 50 mnkr som bör intäktsföras fortfarande vid bokslut var felaktigt balanserade.

Revisionen bedömer att den intern styrningen och kontrollen avseende hanteringen och redovisning av externt finansierade projekt behöver stärkas. Det gäller framför allt dokumentation av rutiner, roller och ansvar när det gäller externa projekt samt rutiner och delegation när det gäller avtal eller beslut om dessa.

Rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i delegations- och beslutsordning tydliggöra vem som kan besluta om projektstart och ingå avtal när det gäller externa bidrag och projekt.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör tydliggöra och dokumentera organisationsstruktur när det gäller ansvar och roller i externa projekt.

3.4 Användning av betalkort

Dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning upprättade 2017 *Rutin och information Betalkort* för koncerngemensam hantering av betalkort. Enligt rutinen ska betalkort hanteras med stor restriktivitet både vad gäller personalens rätt till betalkort och regelverk för vilka typer av inköp som får ske. Rutinen framhåller att en nogsam uppföljning och intern kontroll är nödvändig och ska göras löpande. Vidare ska varje förvaltning och bolag utarbeta närmare regelverk och instruktioner. Revisionen har granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig intern kontroll gällande användningen av betalkort.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte tagit fram egna rutiner för användningen av betalkort med hänvisning till att inga betalkort används i verksamheten. Under granskningen har det dock framkommit att det finns minst 38 aktiva betalkort.

Bedömning

Revisionen bedömer att den interna kontrollen av förekomsten och användningen av betalkort behöver stärkas. Revisionen avser att fortsätta att granska hanteringen under 2023.

Rekommendation:

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledning bör stärka den interna kontrollen av förekomsten och användningen av betalkort.

3.5 Ledningsnära kostnader och representation

Av tio granskade fakturor kunde fem verifierats utan väsentliga avvikelser. För resterande fem granskade transaktioner noterades en eller flera avvikelser, bland annat avsaknad av fullständiga underlag, felaktiga konteringar och avsaknad av oberoende attest.

Utifrån genomförd granskning görs bedömningen att den interna kontrollen inte är tillräcklig i granskad process.

Rekommendation:

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledning bör stärka den interna kontrollen av fakturahanteringen vid representation, exempelvis genom regelbundna stickprovskontroller.

3.6 Tillfällig löneersättning under pandemin

I början på 2020 aktiverades den Regionala Särskilda Sjukvårdsledningen (RSSL). Pandemin drabbade inledningsvis Region Stockholms medborgare hårt och sjukvården tvingades till stora omställningar och prioriteringar för att klara den akuta sjukvården. RSSL aktiverades för att styra och leda hälso- och sjukvården. En förutsättning för att klara den uppgiften var att ett antal medarbetare, även i de administrativa funktionerna, bidrog med samordning och ledning av Hälso- och sjukvårdens resurser genom i RSSL. Många av de medarbetare som bemannade funktionerna i RSSL var också anställda på HSF, men det fanns också medarbetare från t ex RLK och Serviceförvaltningen.

Vissa medarbetare har i samband med sin anställning avtalat bort rätten till övertidsersättning, vilket är möjligt enligt kollektivavtalet. Under inledningen av pandemin beslutade samtliga förvaltningschefer att utge ersättning motsvarande den kompensation som utges för övertidsarbete, enligt kollektivavtalets allmänna bestämmelser. Detta skulle gälla samtliga medarbetare som arbetade med arbetsuppgifter med en direkt koppling till Region Stockholms arbete med att Covid-19. Beslutet fattades av respektive förvaltningschef genom verkställighetsbeslut i enlighet med en gemensam mall. Det första beslutet gällde fram till och med den 1 maj 2020. Därefter har respektive förvaltning tagit beslut utifrån sina respektive förutsättningar.

3.6.1 Hanteringen på HSF

Revisionen har granskat verkställighetsbeslut från mars 2020 till april 2021 och konstaterar att det saknas beslut under perioden 1 september 2020 till 15 november 2020. Vidare har flera av besluten fattats retroaktivt.

Enligt uppgift från HR-ansvarig på förvaltningen så omfattades samtliga anställda på HSF av beslutet att avtala bort rätten till övertidsersättning under förutsättning att arbetsuppgifterna direkt var kopplade till Region Stockholms arbete med covid-19 samt att arbetsgivaren har beordrat arbetet i förväg eller godkänt i efterhand.

I praktiken mejlade ansvariga chefer (eller personaladministratör) en lista med namn på de personer som skulle omfattas till Heroma helpdesk/lönekontoret där det framgick vilken tidsperiod som avsågs. Enligt uppgift stängdes därmed möjlighet till övertid automatisk då tidperioden var över.

Det framkommer i granskningen att det inte finns någon samlad förteckning över vilka personer som omfattades av den tillfälliga övertidsersättningen och det har inte heller gjorts någon uppföljning och kontroll av utbetalningarna (utöver de kontrollerna som ingår i den vanliga lönerutinen). Vidare framkommer att övertiden i de flesta fall godkänts av chef i efterhand. Överlag uppges att det har varit svårt att förutse omfattningen av övertiden och att det därför varit svårt att godkänna den på förhand.

3.6.2 Stickprov

Inom ramen för granskningen har utdrag från lönesystemet över all utbetald övertid under åren 2020 och 2021 erhållits. I de stickprov som genomförts noteras inga felaktigt beräknade ersättningar, men det kan konstateras att det rör sig om förhållandevis höga timersättningar för övertid då många av personerna har en hög grundlön (samt i vissa fall även lönetillägg). Under 2020 låg timersättningen för utbetald kvalificerad övertid i spannet 444–1 885 kr/timme och för 2021 var motsvarande 543 – 1 929 kr/timme. I mars 2020, dvs. den period då beslut saknas, har en anställd utöver sin lön på nästan 130 000 kr även erhållit 150 000 i övertidsersättning. Sammantaget har personen därmed haft en månadslön på cirka 280 000 kr.

Granskningen visar att det utifrån utdrag från lönesystemet kan noteras att en stor del av övertiden har registrerats i efterskott och ca 1,7 mnkr av utbetald övertid 2021 avser 2020. Vidare har många registrerat flera månaders övertid flera månader senare.

Bedömning

Revisionen bedömer att pandemin i många avseenden inneburit kritiska situationer som för nämnden och förvaltningen som har behövt hanteras.

Granskningen visar dock på områden som borde ha hanterats på ett annat sätt som att det betalats ut övertidsersättning även då det inte funnits något beslut. Dessutom har registrering av övertid för flera månader skett flera månader senare. Revisionen menar att det sannolikt är svårt för attesterande chefer att så långt i efterhand kunna säkerställa att registrerad övertid är korrekt. Det har inte heller gjorts någon uppföljning och kontroll av utbetalningarna i efterhand. Revisionen bedömer därför den interna kontrollen inte var helt tillräcklig när det gäller den tillfälliga löneersättningen under pandemin.

3.7 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och regionens regelverk.

Arbetsmiljöverket (AFS 2015:4) anger att arbetsgivaren ska ha mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Målens syfte ska vara att främja hälsa och öka organisationens förmåga att motverka ohälsa. Målen ska vara kända hos arbetstagarna och de ska ha möjlighet att medverka i arbetet med att ta fram målen. Granskningen visar att det finns framtagna rutiner och riktlinjer för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas men att dessa styrande dokument är antagna av regionstyrelsen, inte hälso- och sjukvårdsnämnden.

Enligt Arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten så att de krav som finns på en god arbetsmiljö motsvaras. Vidare anger Arbetsmiljöverket (AFS 2001:1) att det ska finnas dokumenterade rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska gå till.

Arbetsmiljöverket genomförde 2021 en inspektion av Region Stockholms systematiska arbetsmiljöarbete. Inspektionen visade att det saknades dokumenterade rutiner för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet samt att en årlig uppföljning inte gjorts på alla nivåer. Med anledning av inspektionen har regionledningskontoret tagit fram en rutin⁸ för det systematiska arbetsmiljöarbetet som antogs i oktober 2022. I rutinen beskrivs hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas inom Region Stockholm. Förvaltningen följer denna centralt antagna riktlinje för systematiskt arbetsmiljöarbete. I intervjuer framförs att det systematiska i arbetsmiljöarbetet har förbättrats sedan rutinen tagits fram. Majoriteten av styrdokument och information kring det systematiska arbetsmiljöarbetet finns på intranätet.

Förvaltningen gör riskbedömningar genom arbetsmiljöronder, arbetsplats-träffar, medarbetarsamtal och i övriga forum för dialog såsom samverkansgrupper. Åtgärder som inte kan åtgärdas direkt dokumenteras i en handlingsplan.

⁸ Rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM, och årlig uppföljning 2022

I nämndens riskanalys och internkontrollplan 2022 finns inget som rör risker kring arbetsmiljö. Vid intervjuer framkommer inget som pekar på att arbetsmiljö av nämnden diskuterats som ett område att följa upp eller bevaka.

Granskningen visar emellertid att förvaltningen år 2022 genomfört en dokumenterad uppföljning av sitt systematiska arbetsmiljöarbete. Av hälso- och sjukvårdsnämnden sammanträdesprotokoll för 2022 framgår dock inte att nämnden tagit del av denna uppföljning. Enligt regionens rutin för det systematiska arbetsmiljöarbetet ska nämnderna redovisa uppföljningen till regionfullmäktige i samband med årsbokslutet för Region Stockholm. I nämndens verksamhetsberättelse redogörs för förvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete men här framgår inte att nämnden deltagit i arbetet, så som stipuleras i regleringen på området.

Samtliga chefer genomgår obligatorisk digital utbildning i arbetsmiljöområdet varav ett avsnitt avser systematiskt arbetsmiljöarbete och riskbedömning. Vid intervju med chefer beskrivs de ha ett välfungerande HR-stöd men det efterfrågas ett mer systematiskt arbetssätt med chefsutbildningar. Skyddsombuden beskriver sig ha bra förutsättningar men eftersom det saknas skyddsombud inom några enheter medför det att de befintliga måste arbeta på fler enheter än de normalt ansvarar för.

Granskningen visar även att det i nämndens riskanalys och internkontrollplan 2022 inte förekommer något som rör risker kring arbetsmiljö. Vid intervjuer framkommer inget som pekar på att arbetsmiljö av nämnden diskuterats som ett område att följa upp eller bevaka.

Bedömning

Revisionen konstaterar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedriver ett adekvat arbetsmiljöarbete och att regionledningskontoret (under regionstyrelsen) tagit fram riktlinjer som verksamheten följer. Revisionen bedömer dock att hälso- och sjukvårdsnämnden inte i tillräcklig omfattning följer upp och säkerställer arbetet. Enligt arbetsmiljölagen och arbetsmiljöverkets föreskrifter beskrivs arbetsgivarens ansvar i det systematiska arbetsmiljöarbetet, bland annat ska arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagen systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten så att de krav som finns på en god arbetsmiljö motsvaras. Hälso- och sjukvårdsnämnden, som är arbetsgivare för personal på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, behöver vara delaktig i det systematiska arbetsmiljöarbetet på det sätt som stipuleras i regleringen.

Revisionen bedömer därför att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa en tillräcklig uppföljning och delaktighet i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa en tillräcklig uppföljning och delaktighet i det systematiska arbetsmiljöarbetet enligt arbetsmiljölagen och arbetsmiljöverkets föreskrifter.

3.8 Hantering av anställdas bisysslor och förtroendevaldas jäv

Revisionen har granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en tillräcklig intern kontroll med avseende på anställdas bisysslor. Granskningen har även syftat till att bedöma om nämnden har tillräckliga rutiner för hanteringen av ledamöters jäv. Inom ramen för granskningen har en enkät riktad till chefer och en registeranalys över förekomsten av bisysslor genomförts.

Det finns riktlinjer och rutiner för anställdas ansvar att lämna in uppgifter om bisysslor, definitionen av otillåtna bisysslor och hur bedömningen av bisysslor ska göras. Förvaltningen har även informationsmaterial och rutiner för jäv som anger att förtroendevalda och anställda har skyldighet att anmäla jäv och att de inte får delta i handläggning eller beslutsfattande i ärenden de har intressen inom. Granskningen visar att det finns en tydlig rutin⁹ om att anställdas bisysslor ska dokumenteras i Heroma och att majoriteten av cheferna är medvetna om detta. Trots det visar utdrag från systemet att nästan var femte anställd i förvaltningen inte har besvarat frågan om bisyssla i Heroma. Vi ser dock att var fjärde chef svarat att de endast instämmer till viss del i frågan om det finns tydliga riktlinjer och rutiner som beskriver regionens hantering av jäv samt kännedomen om dessa.

Det finns inte någon dokumenterad riktlinje eller rutin som tydliggör vem som ansvarar för att kontrollera att medarbetarna har rapporterat in sina eventuella bisysslor, hur det ska gå till eller med vilken frekvens. Det genomförs inte någon systematisk eller regelbunden kontroll eller uppföljning av anställdas bisysslor som dokumenteras. Enligt intervju ska alla medarbetare årligen uppdatera sin bekräftelse i Heroma. Detta framgår dock inte av någon dokumenterad rutin. Vidare framgår i intervju att enhetschefer ansvarar för att kontrollera att de besvarat frågan i Heroma, vilket alltså inte heller framgår av någon dokumenterad rutin.

Granskningen visar att drygt var tredje chef inte vet eller känner sig osäker på om de har ett tillräckligt stöd när det gäller att hantera en otillåten bisyssla. Det kan bero på att flera av cheferna aldrig varit i situationen att behöva hantera en otillåten bisyssla, eller att stödet inte kommunicerats i tillräcklig utsträckning. Chefer har möjlighet att få HR-stöd vid bedömning av bisyssla och det finns en checklista som stöd för bedömning av förtroendeskadliga bisysslor. Däremot finns inte någon checklista för s.k. hindrande eller konkurrerande bisysslor.

⁹ Lathund bisyssla Heroma – Medarbetare, 2018-07-24, och Lathund bisyssla – chef, 2018-06-14

Inom ramen för granskningen har en registeranalys över förekomsten av bisysslor genomförts för alla tillsvidareanställda per september 2022, 612 personer, med hjälp av data från hälso- och sjukvårdsnämndens personaladministrativa system. Kontrollen har skett gentemot Bolagsverkets register där aktiva engagemang bland de personer som ingick i data identifierades. Antalet aktiva engagemang var 203 personer. Några anställda har fler än en aktiv bisyssla, vilket kan bero på att man har en bisyssla i mer än en organisation eller med flera olika positioner i samma organisation. Efter justering för detta identifierades totalt 145 unika personer med aktiva engagemang. Det innebär att ca en fjärdedel av de tillsvidareanställda har en eller flera registreringar i Bolagsverkets register. Registeranalysen visar att det finns brister i efterlevnaden av registreringen av dessa bisysslor vilket innebär att alla bisysslor inte dokumenteras och därmed inte heller bedöms.

Bedömning

Revisionen bedömer att det finns tillräckliga rutiner för hanteringen av ledamöters jäv.

Revisionen bedömer att efterlevnaden av registrering av bisysslor behöver stärkas eftersom nästan var femte anställd i förvaltningen inte har besvarat frågan om bisyssla i Heroma. Detta innebär risk för att alla bisysslor inte dokumenteras och därmed inte heller bedöms.

Rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att samtliga bisysslor är anmälda, registrerade och bedömda i Heroma.

3.9 Barnsjukvård

I ett särskilt projekt¹⁰ har revisionen granskat om styrningen av vårdkedjor för barn fungerar och om vården styrs så att kraven på god, nära och samordnad vård tillgodoses. Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Granskningen avser HSN:s ansvar för styrning, uppföljning och samordning av barnsjukvården samt SLSO:s ansvar inom primärvården för att anpassa verksamheten mot en god, nära och samordnad vård.

Styrning och samordning med primärvården som nav.

Styrningen och samordningen av barnsjukvården sker från HSN:s sida genom avtal enligt LOV och LOU samt genom överenskommelser för regionägd vård. Grunden för dessa avtal är förfrågningsunderlag som syftar till att skapa förutsättningar för en tydlig styrning och samordning.

¹⁰ Regionrevisorernas Projektrapport 3/2022 Styrning av barnsjukvården

I förfrågningsunderlagen finns skrivningar om samordning och samverkan mellan vårdgivare men de är generella och beskriver att samverkan ska ske men inte hur. Dock är det tydligt att ansvaret ligger på husläkarverksamheten att samverkan och samordning ska ske. I förfrågningsunderlagen finns beskrivet vad som ska följas upp i form av indikatorer och nyckeltal. I granskningen framkommer att förutsättningar finns för att styra barnsjukvården inom primärvården mot att fungera som ett nav för vården av barn och unga. Men granskningen visar att förfrågningsunderlagens utformning inte ger tillräckligt tydliga krav eller incitament samt saknar mål och indikatorer för att kunna mäta helhetsyn och hur primärvården fungerar som nav.

Upplevd och faktisk tillgänglighet

Enligt Budget 2022 är målet för Region Stockholms primärvård bland annat en hög upplevd och faktisk tillgänglighet för hela befolkning inklusive barn. I de förfrågningsunderlag som ligger till grund för avtal och uppföljning av primärvården, beskrivs vilken tillgänglighet vårdgivaren ska erbjuda samt hur uppföljning ska ske. Granskningen visar att fokus i beskrivningarna och indikatorerna i förfrågningsunderlagen ligger på den faktiska tillgängligheten för geografisk tillgänglighet (exempelvis i form av att bidra till att barnsjukvården blir alltmer socioekonomiskt och geografiskt jämlik), telefontider, åtkomlig information, väntetider och anpassad kommunikation. Den upplevda tillgängligheten är svårare att mäta och följa upp. Granskningen visar att uppgifter om hur den upplevda tillgängligheten ska mätas och följas upp saknas i förfrågningsunderlagen. För att kunna mäta den upplevda tillgängligheten för barn och deras familjer behöver hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) mått och indikatorer för detta utvecklas.

Primärvårdens anpassningar för god, nära och samordnad vård

I primärvårdsstrategin med tillhörande genomförandeplan beskrivs god och nära vård som en del av det övergripande målet för hälso- och sjukvården. I förfrågningsunderlagen som ligger till grund för avtalen med vårdgivare återfinns skrivningar som syftar till att uppnå en god, nära och samordnad vård. Skrivningarna är inte detaljerade och kan därför bli svåra att följa upp. De största utmaningarna i att ge en vård som är god, nära och sammanhållen som framkommit i granskningen ligger inom området samverkan. Socialstyrelsen har i en rapport beskrivit samverkan mellan vårdenheter inom Region Stockholm som bristfällig i jämförelse med andra regioner, framför allt avseende samordning på övergripande nivå och mellan olika aktörer. Detta är något som också framkommer i intervjuer. Det framkommer också att det upplevs som ottydligt var ansvaret för samordningen ligger.

För att stärka möjligheterna till en god och nära vård för barn bör HSN vidareutveckla förfrågningsunderlagen med mått och indikatorer för att kunna följa upp om vård blir god och nära för barn. Även uppföljningen av samordning av vården mellan vårdgivare behöver stärkas.

Revisionen har rekommenderat hälso- och sjukvårdsnämnden att i förfrågningsunderlag ta fram mål och indikatorer som mäter och styr mot att primärvården fungera som ett nav för vården av barn och unga.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2023-02-28. I hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande över rapporten framkommer att förvaltningen arbetar kontinuerligt med att utveckla den nära vården i regionen. En av aktiviteterna är att konkretisera vad "vårdcentralen som nav" innebär i praktiken samt vilka förutsättningar som måste finnas på plats för detta. Utveckling av förfrågningsunderlag, indikatorer och mål är ständigt pågående bland annat utifrån omställningen till nära vård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kommer ta fasta på och säkerställa att det som framkommit i regionrevisorernas granskning tas om hand i det fortsatta arbetet, dock med beaktande av tidsåtgång för en eventuell ökande andel administration.

Revisionskontoret bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden i sitt yttrande har behandlat de förhållanden som revisorerna särskilt velat ha svar på och de rekommendationer som framförts i revisionsrapporten.

3.10 Kvalitetsuppföljning av vårdval

I ett särskilt projekt¹¹ har revisionen granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att kvalitetsuppföljning av vårdval bedrivs så att förutsättningar finns för invånare att välja vårdgivare utifrån kvalitet. I Region Stockholm kan en vårdgivare ansöka om att starta vårdverksamhet inom ett antal vårdområden som är inrättade enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Tanken bakom vårdval är att vårdgivarna ska konkurrera med kvalitet och inte med pris. För att kunna samla in information så att invånarna kan göra informerade val utifrån kvalitet behöver hälso- och sjukvårdsnämnden följa upp vårdgivarna. Revisionen har därför låtit granska om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att kvalitetsuppföljning av vårdval bedrivs så att förutsättningar finns för invånare att välja vårdgivare utifrån kvalitet.

Revisionens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden i huvudsak säkerställt förutsättningar för en tillräcklig kvalitetsuppföljning av vårdval. Däremot har nämnden inte hanterat kvalitetsuppföljning avseende invånarnas behov, utöver den nytta som tillfaller invånarna indirekt genom verksamhetens utveckling.

Av granskningen framgår att flera processer som rör avtalsuppföljning för närvarande är under utveckling. Förvaltningens avtalshandbok revideras och processkartor för att underlätta uppföljningen är under framtagande. Det pågår ett arbete med en modell för kvalitetsuppföljning. När nämnden fattar beslut om avtal med specifika vårdgivare är information från uppföljningar en del av underlaget för beslut.

¹¹ Regionrevisorerna, Projektrapport 5/2022 Kvalitetsuppföljning av vårdval.

I granskningen har fem vårdvalsområden valts ut för djupare granskning: husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, geriatrisk vård, specialiserad fysioterapi, specialiserad gynekologi samt vaccinationer. Inom vårdavtalsområdena husläkarverksamhet, geriatrisk vård, specialiserad fysioterapi och specialiserad gynekologi finns ett i stort snarlikt arbetssätt för uppföljning. När det gäller uppföljningsplanerna visar granskningen att dessa för det mesta följs.

Revisionen bedömer att det finns ett dokumenterat och strukturerat arbetssätt för uppföljning av kvalitet i vårdval. Ansvarsfördelningen för både utveckling och genomförande av uppföljning är tydlig och den kvalitetsuppföljning som görs följer i huvudsak de interna rutiner som finns. Revisionen konstaterar dock att det saknas en tydlig analys av hur kommunikation av kvalitetsmått till invånare kan och bör hanteras.

Även på nationell nivå har svårigheter identifierats i att samla in tillförlitliga och jämförbara data rörande vårdkvalitet ur ett invånarperspektiv. Givet dessa svårigheter har hälso- och sjukvårdsnämnden fokuserat på enklare uppgifter som exempelvis öppettider. I modellen för kvalitetsuppföljning ingår ett förslag till visualiserad bild av regionens vårdkvalitet men den är inte tänkt för invånare som stöd i vårdval. Det är även osäkert om den kommer att inbegripa data på vårdgivarnivå för jämförelse. Invånares möjligheter att välja vårdgivare utifrån kvalitet har inte behandlats av nämnden. Revisionen har därför rekommenderat hälso- och sjukvårdsförvaltningen att göra en tydlig analys av hur kommunikation av kvalitetsmått till invånare på vårdgivarnivå kan och bör hanteras som underlag för nämndens ställningstagande.

Revisionen har erhållit nämndens yttrande över projektrapporten. I yttrandet¹² framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedriver ett arbete med att utveckla en tjänst som innehåller kvalitetsmått på vårdgivarnivå som kan presenteras publikt på regionens webbplats. Arbetet planeras pågå under 2023 och 2024. Syftet med att samla in och visualisera kvalitetsmått är att möjliggöra en gemensam bild av regionens vårdkvalitet för beslutsfattare, vårdgivare och invånare. Inledningsvis kommer syftet inte att vara att invånare ska jämföra och göra val baserat på uppgifterna i tjänsten utan snarare ökad kunskap, uppföljning och utveckling. Nästa steg är att göra en analys av hur kommunikation av kvalitetsmått till invånare på vårdgivarnivå kan och bör hanteras.

3.11 Prioritering av resurser i hälso- och sjukvården

Revisionen har i ett särskilt projekt granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att förutsättningar finns för att göra underbyggda och transparenta prioriteringar av vårdens resurser.¹³

¹² HSN 2022-1720

¹³ 7/2022 Prioriteringar av resurser i hälso- och sjukvården

Sammantaget bedömer revisionen att formerna för prioriteringsarbetet behöver utvecklas och att grunderna för prioritering mellan olika vårdbehov behöver tydliggöras.

En förutsättning för transparenta beslut är att grunderna för prioriteringarna tydligt framgår i beslutsunderlagen. Revisionen bedömer att det genomgående i nämndens verksamhetsplan är svårt att utläsa om budgetförändringarna för olika vårdområden beror på ändrade vårdbehov eller ändrad efterfrågan. Revisionen bedömer även att det inte tydligt framgår i vilken utsträckning vårdbehoven täcks, eller vad som krävs för att öka behovstäckningen, i hälso- och sjukvårdsnämndens respektive avtalsutskottets beslut om vårdavtal. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver efterfråga mer utförliga beslutsunderlag för att säkerställa transparens i beslutsfattandet och att nämnden och utskottet har tillräckliga underlag för att kunna göra underbyggda prioriteringar utifrån vårdbehov.

Revisionen bedömer att det inte är tydliggjort hur vårdbehovsanalyser ska ingå i beredningen inför beslut om vårdavtal. Det rör både vad analyserna ska innehålla och när de ska genomföras samt vem som har ansvar för att genomföra dem. Vidare uppfattar revisionen att det finns oklarheter om de analyser som görs inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen även ska utgöra ett underlag för vårdbeställningar och hur de olika arbetsprocesserna i så fall ska kopplas samman.

För att genomföra prioriteringar på ett strukturerat sätt krävs processer för prioriteringsarbetet som lägger fast hur behov ska rangordnas och vägas mot varandra samt vilka underlag som ska ligga till grund för detta. Det finns ingen av nämnden eller förvaltningen beslutad modell för hur arbetet med prioriteringar mellan vårdområden ska göras. Nämnden har inte heller beslutat om former för prioriteringar mellan vårdområden i arbetet med budgetunderlag och verksamhetsplan. Revisionen bedömer att prioriteringarna bör göras på ett mer strukturerat sätt som tydligt utgår ifrån vårdbehov. Vidare bedömer revisionen att det finns oklarheter avseende hur regionens prioriteringsråd, som är en del av kunskapsstyrningen, ska länkas samman med budgetarbetet.

Styrningen av resurser sker gradvis genom vårdavtalsförändringar. Flera olika avtal kan finnas inom ett vårdområde. Revisionen menar därför att prioriteringar i avtalsprocessen behöver göras sammanhållet och inte uppdelat i anslutning till en viss avtalsrevidering. Annars kan det vara svårt att i praktiken prioritera utifrån ett systemperspektiv. Revisionen uppfattar att hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp har i uppgift att se till att resursförflyttningarna ligger i linje med nämndens övergripande strategier för hälso- och sjukvården inför beslut i nämnden, men kan inte bedöma hur detta görs. För att kunna prioritera resurser till vårdområden med störst vårdbehov behöver det tydliggöras i avtalsprocessen hur och när prioriteringar ska ske.

Vidare bedömer revisionen att det behövs en strukturerad koppling mellan avtalsprocessen och kunskapsstyrningen för att inte riskera motstridiga beslut.

Rapporten har överlämnats till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2023-03-21.

3.12 Vård av barn och unga med ätstörningar

I ett särskilt projekt¹⁴ har revisionen granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en tillgänglig vård för barn och unga med ätstörningar med tillräcklig kompetens inom respektive omhändertagandenivå. Sammantaget bedömer revisionen att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka kompetensen för vård av barn och unga med ätstörningar hos primärvårdens husläkarmottagningar och i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri samt tillgängligheten till samtliga vårdnivåer för dessa patienter.

I förfrågningsunderlagen för husläkarverksamheten anges i detalj vilken kompetens och bemanning som krävs för uppdraget som avser psykisk ohälsa. I avtalen för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri regleras kompetens och bemanning enbart på ett generellt plan. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer inte upp kompetens inom primärvården eller den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri löpande. Revisionen menar därför att nämnden inte säkerställer att tillräcklig kompetens finns inom dessa vårdnivåer.

Revisionen bedömer vidare att hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställer en tillräcklig tillgänglighet till vården för barn och unga med ätstörningar genom hela vårdkedjan från primärvården till subspecialiserad vård. Väntetiderna är långa både inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och den subspecialiserade ätstörningsvården. Hälso- och sjukvårdsnämnden har vidtagit åtgärder för att öka antalet vårdplatser inom den subspecialiserade ätstörningsvården. I granskningen har framkommit att nivåstruktureringen för patienter med ätstörning inte är tydlig. Uppfattningen om hur nivåstruktureringen för patienter med ätstörningar ser ut skiljer sig åt mellan de olika vårdnivåerna. Husläkarmottagningar menar att patienter med ätstörningar inte ingår i deras uppdrag, medan den specialiserade och subspecialiserade vården anser att mer behandling skulle kunna utföras inom primärvården innan patienter remitteras vidare. Det finns också risk för att patienter, på grund av långa väntetider till subspecialiserad ätstörningsvård, stannar för länge inom barn- och ungdomspsykiatri trots svåra sjukdomstillstånd som egentligen bäst skulle behandlas inom subspecialiserad vård. Revisionen bedömer att detta skapar såväl väntetider som invecklade vårdförlopp för barn och unga med ätstörningar. På hälso- och sjukvårdsförvaltningen pågår en utredning om nivåstrukturering inom ätstörningsvården.

¹⁴ Regionrevisorerna, Projektrapport 8/2020 Vård av barn och unga med ätstörningar

Revisionen anser att hälso- och sjukvårdsnämnden, med resultatet av den pågående utredningen som utgångspunkt, behöver tydliggöra nivåstruktureringen för barn och unga med ätstörningar.

Mot bakgrund av granskningen lämnar revisorerna rekommendationerna att hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa en tydlig nivåstrukturering för vård av barn och unga med ätstörningar samt att nämnden bör säkerställa tillräcklig kompetens inom respektive vårdnivå utifrån den nivåstrukturering som är under framtagande.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2023-04-26.

3.13 Underhåll av vårdens fastigheter

I ett särskilt projekt¹⁵ har revisionen granskat om underhåll och ersättningsinvesteringar i vårdfastigheterna prioriteras så att förutsättningar finns för att säkerställa fastigheternas värde och funktionalitet.

Revisorernas samlade bedömning är att fullmäktiges föresats i budget 2022, att grunden i investeringsplanen framöver behöver utgöras av ersättningsinvesteringar, inte kommer uppfyllas under de kommande åren. Revisionen bedömer dock att regionstyrelsen i sin beredning av budget 2023 har initierat flera aktiviteter och uppdrag som bedöms skapa större förutsättningar för att underhåll och ersättningsinvesteringar i vårdfastigheterna ska kunna prioriteras framöver. Det gäller till exempel uppdraget till hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden att stärka arbetet med vårdbehovsanalyser. Samtidigt bedömer revisionen att det, i enlighet med revisionens tidigare rekommendation till regionstyrelsen, saknas ett tydligt uppdrag till vem, eller vilka av regionens nämnder eller bolagsstyrelser som ska ansvara för att ta fram en långsiktig vårdfastighetsstrategi som kopplas till det planerade framtida vårdbehovet.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för kännedom.

3.14 Åtgärdsvalsprocessen

I ett särskilt projekt¹⁶ har revisionen granskat om regionens riktlinje för investeringar ger tillräckliga förutsättningar för berörda nämnder och styrelser att genomföra åtgärdsvalsprocessens olika steg.

Den samlade bedömning är att investeringsriktlinjens åtgärdsvalsmetodik skapar förutsättningar för en effektiv investeringsstyrning i regionen.

¹⁵ Regionrevisorerna, Projektrapport 10/2022 Underhåll av vårdens fastigheter, RK 2023 - 0011

¹⁶ Regionrevisorerna, Projektrapport 1/2022 - Åtgärdsvalsprocessen i investeringsverksamheten, RK 2022 - 0047

Vidare bedöms att berörda nämnder och styrelser ges tillräckliga förutsättningar att genomföra åtgärdsvalsprocessens olika steg.

Revisionen har tidigare rekommenderat regionstyrelsen att tydliggöra ansvarsfördelningen för vårdinvesteringar på systemövergripande nivå. Detta sammanfaller med bedömningen i nu genomförd granskning att ansvaret för en långsiktig vårdfastighetsstrategi utifrån ett bakomliggande vårdplaneringsbehov behöver förtydligas. Revisionen anser även att det är otydligt hur hälso- och sjukvårdsnämnden ska kunna ta sitt ansvar för behovet av robusta och säkra lokaler i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift om katastrofmedicinsk beredskap. Nämnden har enligt reglementet ansvaret för kris- och katastrofberedskap men ges inte ett direkt ansvar för fastigheterna enligt reglementet.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2023-02-28. Av yttrande från nämnden framkommer att nämnden delar revisionens bedömningar i rapporten. I yttrandet lyfter nämnden särskilt att det inte är tillräckligt tydligt vilken nämnd eller bolag som ansvarar för planeringen av robusta och säkra lokaler så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls och menar därför att regionstyrelsen bör klargöra vilken nämnd eller bolag som har det ansvaret.

Vidare menar nämnden att dess roll som beställare och finansör ger nämnden en särställning relativt övriga nämnder och bolag vad gäller investeringar i vårdfastigheter. En investering som kan komma att generera ökade kostnader i form av hyresökningar, eller andra ökade driftskostnader, kommer att påverka nämnden eller bolagets förutsättningar för att utföra den beställda vården inom befintliga kostnadsramar. Inte sällan leder detta till äskanden om utökad beställning av vård eller kompensation för ökade kostnader från hälso- och sjukvårdsnämnden. Nämnden framhåller därför att investeringsriktlinjerna bör förtydligas så att det i samband med beslut om investering även ska beslutas om vilken aktör som ska bära de långsiktiga kostnaderna och hur dessa ska finansieras.

3.15 Robusta sjukhus

I ett särskilt projekt^[1] har revisionen granskat om styrningen av arbetet med att säkerställa akutsjukhusens robusthet sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.

Revisionen konstaterar att det pågår ett antal aktiviteter för att skapa ett långsiktigt och systematiskt arbete med vårdens fastigheter, vilket på sikt kommer att förbättra förutsättningarna även för robusthet. Den samlade bedömningen är dock att arbetet med robusthet behöver stärkas på några punkter för att förbättra sjukvårdssystemets förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.

^[1] Regionrevisorerna, Projektrapport 2/2022 – Robusta sjukhus, RK 2022 - 0011

Det handlar t.ex. om en tydlig målbild för robusthet, prognoser för långsiktiga vårdbehov och risk- och sårbarhetsanalyser på systemnivå för att bättre kunna prioritera bland de investeringar som krävs för en ökad robusthet. Hälso- och sjukvårdsnämnden delar i sitt yttrande revisionens bedömning och önskar ett tätare samarbete med LOCUM och regionledningskontoret när det gäller lokalplanering och risk- och sårbarhetsanalyser kopplade till robusthet.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för kännedom med möjlighet till yttrande senast 2023-02-28. Hälso- och sjukvårdsnämnden instämde i huvudsak i revisionens rapport.

3.16 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har förutom basgranskningen även genomfört fördjupade granskningar inom specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys, som redovisas nedan.

3.16.1 Hantering av kostnader för medicinska hjälpmedel

Granskning har genomförts av riktlinjer och rutiner samt registeranalys för att kartlägga utbetalningsflöden för medicintekniska hjälpmedel. Inom ramen för granskningen har även stickprov på utbetalningar genomförts. Granskningen visar inga väsentliga avvikelser och revisionen bedömer att den interna kontrollen är tillräcklig.

3.16.2 Utbetalning av tandvårdspeng för barn- och ungdomstandvård

Barn och ungdomar har avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 23 år. Vårdgivare får betalt av regionen och inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen är det tandvårdsenheten som sköter utbetalningarna. Under 2022 uppgick kostnaden avseende tandvårdspeng för barn- och ungdomstandvård till 577,2 mnkr. En granskning har genomförts av utbetalning av tandvårdspeng för barn- och ungdomstandvård.

Tidigare betalades tandvårdspengen ut redan när ett barn listades. Från och med 2022 har enheten en ny utbetalningsmodell som innebär att endast de barn som faktiskt undersöks renderar en utbetalning. I och med detta har antalet barn som erhållit en undersökning ökat med 4 623 (från 348 011 till 352 634).

I revisionens översiktliga granskning av utbetalning av tandvårdspeng för barn- och ungdomstandvård har inga väsentliga avvikelser noterats.

3.17 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens/styrelsens 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 3.

4.1 Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)

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

4.1.1 Redovisning av externa projekt

I granskningen har framkommit att balansering av intäkter och kostnader för externa projekt inte följer god redovisningssed. Enligt R2¹⁷ ska intäkter som saknar extern förpliktelse intäktsföras. En motsvarande avvikelse noterades även vid årsbokslut 2020 och 2021. Förvaltningen har under 2022 arbetat med att avsluta projekt som saknar extern förpliktelse utifrån rekommendation från revisionen, men en del kvarstår ännu. Avvikelsen bedöms dock inte som väsentlig i förhållande till nämndens omsättning. Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

4.2 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

4.3 Bedömning av räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

¹⁷ <https://www.rkr.se/wp-content/uploads/2020/11/RKR-R2-Intäkter.pdf>

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@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
Org.nr: 232100-0016

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2022

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29570 Från rapport 2018/2 Projekt rapport Tidigare ID 1289	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i beslut om avtal och ersättningsystem bedöma konsekvenser och effekter gällande gränssnitten mellan habilitering och psykiatri i vården av patienter med autismspektrumdiagnos i syfte att säkerställa en tydlig ansvarsfördelning	●	ÅR 2022 Revideringen av habiliteringsavtalet har pågått inför nytt avtal 2023. Likaså arbetet med ersättningsmodell. Målsättning är gemensamma formuleringar kring stärkt samverkan mellan Habilitering & Hälsa och barn- och ungdomspsykiatri. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
89151 Från rapport 2022/03 Projekt rapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i förfrågningsunderlag ta fram mål och indikatorer som mäter och styr mot att primärvården fungera som ett nav för vården av barn och unga.	–	
31837 Från rapport 2019/9 projekt rapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i underlag inför beslut om upphandling efterfråga den strategiska analysen och planeringen inför nya vårdavtal.	●	ÅR 2022 Förvaltningen har utvecklat en gemensamma process för att strategiskt planera avtalsområdesförändringar. Vårdbeställarkottet har uppdrag att strategiskt planera vårdstrukturförändringar. En intern beredningsordning har formats inom förvaltningen. Det är dock inte tydligt hur nämnden ska ta del av planeringen och den strategiska analysen inför beslut om upphandling av nya vårdavtal. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
31838 Från rapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i underlag inför beslut om upphandling säkerställa att kostnadskalkyler tas fram.	●	ÅR 2022 Hälso- och sjukvårdsförvaltningens avtalsprocess finns

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2019/9 projektrapport			beskriven i en avtalshandbok som ska användas av handläggare inom förvaltningen. Där finns hanteras bland annat områdena ekonomiska förutsättningar och riskanalys. Revisionens uppföljning visar att en tydlig styrning och hantering av hur förkalkyler, skuggkalkyler och efterkalkyler ska göras i enlighet med policy för inköp fortfarande saknas. Revisionen noterar dock att ett utvecklingsarbete har bedrivits om hur ekonomiska konsekvenser ska beskrivas i tjänsteutlåtanden inför upphandling. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
31839 Från rapport 2019/9 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa uppföljningsbara mål och krav i avtal i enlighet med fullmäktiges policy för inköp och säkerställa att dessa följs upp.	●	ÅR 2022 Revisionens uppföljning visar att det bedrivits ett förbättringsarbete med en ökad tydlighet i hur mål och krav i avtalet hänger samman med uppföljningen. För att säkerställa att arbetet med mål, strategier och handlingsplaner utmynnar i uppföljningsbara krav och uppföljningsplaner avser revisionen att följa upp rekommendationen mer djupgående 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
31840 Från rapport 2019/9 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör efterfråga systematiska och dokumenterade utvärderingar av ingångna avtal med ett visst intervall i syfte att öka möjligheten till ständigt förbättrade avtalskonstruktioner och villkor.	—	ÅR 2022 Arbetet med revideringar och förbättringar av avtalsprocessen pågår samt ett arbete med rensning av kodstrukturen är en förutsättning för digitalisering av avtalsprocessen. Förvaltningen arbetar även med att förbättra förutsättningarna för avtalskonstruktioner och villkor. Revisionens uppföljning visar att det funnits initiativ inom förvaltningen men att fokus för utvecklingsarbetet har dock varit på andra delar av avtalsuppföljningsprocessen än det som gäller systematiska och dokumenterade utvärderingar. Ett strukturerat utvecklingsarbete med systematiska och dokumenterade utvärderingar har därför ännu inte påbörjats.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Revisionen bedömer att arbete med denna rekommendation inte påbörjats ännu.
37274 Från rapport 2019/4 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i avtal med utförare av psykiatrisk vård säkerställa att tidpunkt och innehåll i vårdövergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri eller primärvården möjliggör en anpassning till den enskilda individens behov oavsett ålder.	●	ÅR 2022 När det gäller en länsövergripande rutin för en flexibla övergång från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri så avser förvaltningen att ge SLSO ett uppdrag att ta fram förslag på en gemensam rutin. Det sker som en del av uppdraget att stödja samordningen inom specialistpsykiatri. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
57079 Från rapport 2020/11 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att överenskommelsen kring samverkan utvärderas och att effektmålen följs upp.	●	ÅR 2022 Regionen och länets kommuner har tillsammans tagit fram ett nytt it-system för att förbättra samverkan vid utskrivning. Systemet, Lifecare SP har börjat implementeras och implementeringen fortsätter under våren 2023. Efter att implementeringen är klar kommer överenskommelsens effektmål att följas upp. I nuläget görs uppföljning av utskrivningsklara dagar samt SIP-kallelser. Rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad.
57475 Från rapport 2020/5 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör följa och analysera effekterna av digital vård på hälso- och sjukvårdssystemet vad gäller ändrade konsumtionsmönster och eventuella kostnadsdrivande effekter.	●	ÅR 2022 Beslut har tidigare fattats gällande inriktning för avtal om att vara neutrala avseende sättet som vården tillhandahålls på men för att följa effekten av att vårdgarantin blir digital genom har beslut fattats att följa upp andelen husläkarmottagningar som når upp till vårdgarantins tillgänglighetsgaranti (0-dagarsgarantin), att det obligatoriska basutbudet av digitala förmågor innebär att vårdgivaren ska kunna ta emot en digital kontaktförfrågan från invånaren. Revisionen planerar att följa upp rekommendationen inom

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			ramen för en granskning under 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
57476 Från rapport 2020/5 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att avtalskrav och uppföljning avseende digitala förmågor i husläkaravtalen utgår ifrån målen för hälso- och sjukvården, däribland en effektiv vård.	●	ÅR 2022 Som en del av HSF:s förändringsresa har avdelningen för närsjukvård delvis organiserat om arbetet med digitaliseringsarbetet för att ta ett mer samlat ansvar för hela avdelningen. Inom ramen för det uppdraget kommer uppföljningen av digitala förmågor att samordnas för att sedan bli en del av den ordinarie uppföljningen. Förvaltningen planerade att göra en något bredare uppföljning av husläkarmottagningarna under våren 2022 men arbetet har skjutits till 2023. Revisionen planerar att följa upp rekommendationen inom ramen för en granskning under 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad
57477 Från rapport 2020/5 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör följa upp hur övergången till digifysiska arbetssätt i husläkarverksamheten fortskrider.	●	ÅR 2022 Förvaltningen planerar att göra en något bredare uppföljning av husläkarmottagningarna under våren 2023. Uppföljningen var planerad till 2022 men har skjutits på. Revisionen planerar att följa upp rekommendationen inom ramen för en granskning under 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
57478 Från rapport 2020/5 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör överväga hur ersättningsmodellen för husläkarverksamheten kan utvecklas för att förebygga övervältringseffekter från primär- till specialistvård.	●	ÅR 2022 Avdelningen för närsjukvård har, i den revidering av vårdval husläkarverksamhet med med basal hemsjukvård för 2022 som beslutades på hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 14 december 2021, genomfört en gemensam process ihop med avdelningen för specialiserad vård samt Regionalt cancercentrum rörande teledermatoskopi. Det innebär en succesiv förflyttning mellan de olika




Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			vårdnivåerna och även en överflyttning av ekonomiska resurser. Detta är det första tydliga området förvaltningen har arbetet med för att hantera rekommendationen. Avdelningen för närsjukvård samt avdelningen för specialiserad vård har tagit fram strukturer för att säkerställa att frågor som behöver samverkas kan identifieras. Förvaltningen kommer att följa upp uppdraget under 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
58282 Från rapport 2020/12 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör genomföra en fördjupad analys av uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem i syfte att säkerställa att avtalen styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper.	●	ÅR 2022 Det pågår ett arbete med att kvalitetssäkra och utveckla nyckeltal och indikatorer inom ASIH för att skapa förutsättningar för att följa patientflöden mellan ASIH och angränsande vårdformer. Arbetet har dock varit pausat med anledning av pandemin och förvaltningen avser att återuppta arbetet. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
58283 Från rapport 2020/12 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor, i synnerhet mellan den basala och den avancerade hemsjukvården.	●	ÅR 2022 Förvaltningen avser att utveckla uppföljningsindikatorer för att stärka förutsättningarna för samverkan med andra aktörer i vårdkedjan. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
74844 Från rapport 2021/06 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att utbildningsuppdraget och tillhandahållandet av utbildningsplatser enligt avtal efterlevs av samtliga vårdgivare inom regionen.	—	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.
74845 Från rapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att det finns tillräcklig kunskap om de satsningar som görs på specialistsjuksköterskor och vad dessa lett till.	—	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.


Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2021/06 Projektrapport			
89186 Från rapport 2022/03 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i förfrågningsunderlag ta fram mål och indikatorer som mäter och styr mot att primärvården fungera som ett nav för vården av barn och unga.	–	


Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
30107 Från rapport 2017/10 Projektrapport Tidigare 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 kostnadsökningstakten - 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 för ekonomiska konsekvensutredningar		ÅR 2022 Ett utkast för anvisningar till ekonomiska konsekvensanalys har tagit fram och bearbetats under året. Detta kommer att utgöra ett slutligt dokument för anvisningar. Revisionen konstaterar att nämnden utvecklat arbetet med ekonomiska konsekvensanalyser och bedömer rekommendationen som åtgärdad.
38590 Från rapport 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att analyser av kostnadsutvecklingen delges nämnden för utomlänsvård, i synnerhet gällande primärvård och psykiatri.		ÅR 2022 Genom informationsöverföring mellan regionerna via fil kommer informationsmängden öka med större möjlighet till analys som följd. Arbeta för att färdigställa filöverföringar pågår. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
51386 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen bör samordna en revidering och harmonisering av krisberedskapsplanen och katastrofmedicinska beredskapsplanen för att tydliggöra hur dessa ska interagera med varandra.		ÅR 2022 Den reviderade kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen är klar och beslutades i fullmäktige i juni 2022.


Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
51390 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen bör tydliggöra beslutsstrukturen för en extraordinär händelse respektive allvarlig händelse/särskild händelse och kommunicera en gemensam bild av ansvar och befogenheter.		ÅR 2022 I den reviderade kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen är beslutsstrukturen tydliggjord. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Rekommendationen kommer att avslutas och ersättas av en rekommendation till regionstyrelsen.

Hållbarhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57483 Från rapport 2020 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör synliggöra inte bara sjukhusens utan även andra vårdgivares arbete med miljöbelastande läkemedel.		ÅR 2022 Läkemedelsstrategi 2023-2026 (VKN 2022-0161) har mål och delmål om hållbar läkemedelsanvändning och att patienterna ges bästa möjliga behandling med minsta möjliga miljöpåverkan. Detta ska uppnås genom minskad kassation, minskad omotiverad användning och ökad följsamhet till kunskapsstöd. Strategin ska årligen följas upp och redovisas för HSN. Rekommendationen följs upp igen efter uppföljning och redovisning till HSN.

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29527 Från rapport 2016/2 Projektrapport Tidigare ID 911	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att det finns gemensamma rutiner för att skapa en enhetlig tolkning i överensstämmelse med LOU av hur FoU-undantaget kan tillämpas och att besluten dokumenteras.		ÅR 2022 Informationsmaterial finns inte framtaget särskilt för FoU-undantag. Detta eftersom tolkning och bedömning behöver göras i varje enskilt fall. Som stöd finns både intern

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			<p>rådgivning och regionjuristerna. Alla beslut som innefattar inköp ska dokumenteras i enlighet med delegations- och beslutsordning samt eventuella interna rutiner.</p> <p>Rekommendationen avslutas och revisionen följer området i fortsatt granskning.</p>

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29564 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare 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.	●	ÅR 2022 I de riskanalyser som gjordes inför 2022 ingick även verksamhetsområden som låg utanför förvaltningen och inför verksamhetsåret 2023 kommer även detta att uppmärksammas. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
38591 Från rapport 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa systematiska kontroller av fakturerade kostnader för utomlänsvård.	●	ÅR 2022 Genom informationsöverföring mellan regionerna via fil kommer informationsmängden öka med större möjlighet till analys och även kontroller som följd. Arbete för att färdigställa filöverföringar pågår. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
85547 Från rapport 2020 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver upprätta rutiner för kontroll av de betalningsunderlag som skapas i e-tjänsten Vårdfaktura för att säkerställa att de fakturor som skapas är korrekta.	—	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.

Regionrevisorerna



Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38588 Från rapport 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i samverkan med regionstyrelsen klargöra ansvaret för att hantera ersättningen för strategiska investeringar i avtalen med vårdgivarna.	●	ÅR 2022 Arbete med tolkning, implementering och konkretisering av regionens riktlinjer för investeringar och samverkan med nyckelfunktioner på RLK har inletts. Under 2022 har arbete med rekommendationen inte prioriterats men planeras att fortsätta. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.


Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
69205 Från rapport 2020/10 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör initiera ett arbete för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan sitt och regionstyrelsens uppdrag, exempelvis ansvaret för behovsanalyser och prognoser för olika specialiteter inom hälso- och sjukvården.	●	ÅR 2022 Förvaltningen samarbetar nära med regionledningskontoret med att fortsätta bygga upp samverkansformer för kompetensförsörjningsfrågor som inkluderar både egenägd vård och privata vårdgivare samt att tydliggöra ansvarsfördelningen av uppdrag. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
69206 Från rapport 2020/10 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att vårdavtal ställer tillräckliga krav på tillhandahållandet av ST-tjänster samt ger tillräckliga incitament för sidotjänstgöring hos mottagande vårdgivare.	●	ÅR 2022 Förvaltningen arbetar fortlöpande med att lyfta fram ST-uppdraget i de vårdavtal som revideras. I arbetet med att utveckla nya avtalsmallar för både LOV och LOU har krav gällande utbildningsuppdraget inklusive ST-utbildning förtydligats. Arbetet med att tillsammans med avtalsenheterna utveckla arbetet med uppföljning fortgår. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
69207 Från rapport 2020/10 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa förutsättningarna för samverkan om ST-utbildningar på regional nivå, så att kompletta ST-utbildningar kan erbjudas inom planerad utbildningstid.		ÅR 2022 Förvaltningens arbetar fortsatt med att öka och stärka dialogen och samverkan mellan vårdgivare som deltar i ST-utbildningsuppdraget i regionen, oavsett driftsform. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
69208 Från rapport 2020/10 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa data inom akutsomatiken, från såväl privata vårdgivare som vårdgivare i egen regi, som underlag för kartläggning samt planering och dimensionering av ST-tjänster.		ÅR 2022 Förvaltningen genomför regelbundna årliga inventeringar av antal ST- tjänster i regionen, per specialitet och vårdgivare, oavsett driftsform. Vid behov inhämtas också kompletterande information från vårdgivare för att få en rättvisande bild. Inom arbetet med att ta fram en ny styr- och ersättningsmodell för ST pågår också ett arbetar med att utveckla rutiner och processer för att på ett systematiskt sätt kunna kartlägga tillgången på specialistkompetenta läkare såväl hos privata vårdgivare som i egen regi, som underlag för planering och dimensionering av ST-tjänster. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29523 Från rapport 2016/4 Projektrapport Tidigare ID 906	I syfte att stärka rehabiliteringsprocessen bör kraven på samverkan i avtal förtydligas och koordineras så att vårdaktörer, oavsett vårdnivå och huvudman, har tydliga incitament för samverkan.		ÅR 2022 Förfrågningsunderlaget för primärvårdsrehabilitering tydliggör i uppdragsbeskrivningen samt i beskrivning av målgrupp att syftet är att säkra rehabilitering för den som vårdats vid akutsjukhus, geriatrisk klinik eller specialiserad slutten rehabiliteringsklinik genom att prioritera insatser som föregåtts av annan medicinsk behandling, för att främja en

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			<p>samordnad vårdkedja. Patienter som kommer direkt från slutenvården ska prioriteras. Revisionen bedömer att rekommendationen är åtgärdad och avslutas. Revisionen avser följa området rehabilitering.</p>
29592 Från rapport 2019/2 Projekt rapport Tidigare ID 1519	Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver tillsammans med SLSO stärka processer och IT-stöd för kommunikationen mellan olika aktörer i vårdkedjor där psykiatrisk slutenvård är en del, framförallt med länets kommuner.	●	ÅR 2022 Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
29597 Från rapport 2019/3 Projekt rapport Tidigare ID 1584	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör göra en samlad utvärdering av om de genomförda förändringarna av vårduppdragen - palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik - har fått avsedd effekt på patientflödena.	✘	ÅR 2022 Flera av nämnda uppdrag har förändrats sedan rekommendationen gavs av revisionen. Även om en samlad utvärdering saknas avslutas denna rekommendation för nu, men kan komma att beröras i granskning 2024.
29598 Från rapport 2019/3 Projekt rapport Tidigare ID 1585	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena och samverkan mellan vårdgivare.	✘	ÅR 2022 Flera av nämnda uppdrag har förändrats sedan rekommendationen gavs av revisionen. Även om en utvärdering av incitamentens effekt saknas avslutas denna rekommendation för nu, men kan komma att beröras i granskning 2024.
36067 Från rapport 2019/15 Projekt rapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra inom vilka områden planer, strategier och beslut om vårdstruktur behöver tas fram och hur de ska följas upp.	✘	ÅR 2022 Förvaltningen har arbetat med att implementera flera strukturer och rutiner som tillsammans kan öka tydligheten och behov av områden där det bör finnas planer och strategier. Åtgärderna svarar inte helt och hållet mot revisionens rekommendation. Själva sakfrågan (strategier för samtliga eller utvalda vårdområden och för helheten av hälso- och sjukvården i regionen) är av sådan karaktär att den ligger under ständigt förbättringsarbete. Rekommendationen

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			avskrivs, men revisionen kommer fortsatt att följa frågan i samband med annan granskning.
36068 Från rapport 2019/15 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör efterfråga beslutsunderlag där konsekvensanalyser för hälso- och sjukvårdssystemet och utvecklingen av nätverkssjukvården tydligt framgår.	●	<p>ÅR 2022</p> <p>Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har bedrivit ett förändringsarbete sedan 2019 i syfte att öka förmågan att styra hälso- och sjukvården som ett sammanhållet system.</p> <p>Den 1 april 2020 genomfördes en organisationsförändring som ska stödja den utvecklingen på ett sådant sätt att förvaltningsledningen fokuserar på systemperspektivet i styrningen av sjukvården.</p> <p>Förvaltningen har i dialog med Regionsledningskontoret (RLK) undersökt möjligheten att införa en standardrubrik där en hälso- och sjukvårdssystembedömning görs. Då detta inte var möjligt har man lagt in en specifik hjälptext för HSN, under rubriken "Överväganden", där ansvarig handläggare uppmanas att som standard säkra att en bedömning av effekter på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet läggs.</p> <p>Införandet av horisontell beredning i utskott inom förvaltningen ska också bidra till att på ett ännu tydligare sätt bevaka just effekter på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.</p> <p>Vårdbeställarutskottet arbetar med att öka sin förmåga till strategisk och taktisk planering, där prioritering av vårdstrukturutveckling och avtalsutveckling ska ske just utifrån en helhetsbedömning.</p> <p>Inom ramen för avtalsprocessen pågår också ett utvecklingsarbete rörande den strategiska fasen. I samband med att nya avtal ska utvecklas, eller nya vårdval revideras, ska förvaltningen i den strategiska fasen säkerställa att aktuellt planerad avtalsutveckling analyserats utifrån ett hälso- och</p>


Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			<p>sjukvårdssystemperspektiv.</p> <p>Vad avser begreppet "nätverkssjukvården" inte framledes användas utan begreppet "nära vård"</p> <p>Som förvaltningen konstaterar så brister systematiken avseende hur utvärderingar och strategiska analyser presenteras för nämnden. Förvaltningen konstaterar att redovisning av effekter på hälso- och sjukvårdssystemet i tjänsteutlåtanden fortsatt behöver förbättras under 2023. Det framgår inte att nämnden får till sig/efterfrågar beslutsunderlag med konsekvensanalyser för hälso- och sjukvårdssystemet och utvecklingen av nätverkssjukvården. Rekommendationen är delvis åtgärdad</p>



Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29582 Från rapport 2018 Projektrapport Tidigare ID 1501	Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver snarast skapa rutiner för uppföljning av informationssäkerhet gentemot privata vårdgivare.	●	ÅR 2022 Genomförd uppföljning i samband med granskningsrapport 9/2022 visar att granskningar av informationssäkerhet inte har genomförts i större omfattning än tidigare, eller att en systematik etablerats. Det dock tydligt att medvetenheten om både behovet och angelägenheten finns. I och med det nyligen avslutade projektet för att skapa en metod att följa upp informationssäkerhet har förutsättningarna för att uppföljning ska ske förbättrats, men vi kan inte konstatera att ett förändrat arbetssätt är etablerat.
65246 Från rapport 2020 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tillsammans med regionstyrelsen, i styrdokument, definiera vad ett direktiv från RSSL:s innebär så att det förhåller sig till lagstiftning, reglementen, ägardirektiv samt bolagsordning.	●	ÅR 2022 Regionfullmäktige fastställde i juni 2022 Krisberedskapsplan och regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm, RS 2019-1092. Denna redogör för roller

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			och ansvar. Arbete pågår med att säkerställa att berörda roller har formell befogenhet att fatta erforderliga beslut i händelse av kris. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Rekommendationen kommer att avslutas och ersättas av en rekommendation till regionstyrelsen.
65247 Från rapport 2020 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att tjänsteman i beredskap (TiB) och aktuella beslutsfattare inom RSSL ges rätt att fatta beslut i enlighet med de befogenheter som Socialstyrelsens föreskrifter anger.		ÅR 2022 Regionfullmäktige fastställde i juni 2022 Krisberedskapsplan och regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm, RS 2019-1092. I riktlinjen har ansvar, beslutsstruktur och organisation tydliggjorts. Utifrån denna fattade hälso- och sjukvårdsnämnden den 25 oktober 2022 beslut om regionala riktlinjer för katastrofmedicinsk beredskap för Region Stockholm (HSN 2022-0910). Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Rekommendationen kommer att avslutas och ersättas av en rekommendation till regionstyrelsen.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29562 Från rapport 2017/9 Projektrapport Tidigare ID 1170	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra vilka it-system som behövs för att husläkarverksamheten ska kunna fungera som nav i sjukvårdssystemet på kort och lång sikt.		ÅR 2022 Flera satsningar påverkar denna rekommendation, bland annat den nya vårdinformationsmiljön där bland annat upphandling av journalsystem ingår samt att en översyn av vårdinformationsmiljön och dess uppbyggnad och struktur samt ansvarsförhållanden ses över. Revisionen kommer att följa frågan om vårdinformationsmiljö och system i andra granskningar. Rekommendationen avslutas.
29587 Från rapport	HSN bör vidta åtgärder för att stärka incitamenten för en effektivare re-misshantering.		ÅR 2022

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2017/1 Projektrapport Tidigare ID 1512			Ett nytt regelverk för remisshanteringar har godkänts av Hälso- och sjukvårdsnämnden. Förslaget innebär en revidering av det nuvarande regelverket i syfte att förenkla strukturen, anpassa det till dagens förhållanden samt ytterligare öka patientsäkerheten vid remittering av patienter. Rekommendationen avslutas härmed. Revisionen avser att följa remisshanteringen under 2023
57166 Från rapport 2020/11 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att alla aktörer har tillgång till ett funktionellt IT-stöd i utskrivningsprocessen.	●	ÅR 2022 Regionen och länets kommuner har tillsammans tagit fram ett nytt it-system, Lifecare SP, för att förbättra samverkan vid utskrivning. Implementeringen av Lifecare SP har påbörjats under hösten och kommer att fortsätta under våren 2023. Rekommendationen kvarstår därför som delvis åtgärdad.
82921 Från rapport 2020/5 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra hur nämndens strategi för utvecklingen av primärvården ska förhålla sig till Ineras utveckling av första linjens digitala vård, bl.a. avseende vilken roll 1177 Vårdguiden ska ha i regionens vårdutbud.	●	ÅR 2022 Arbete med övertagande av 1177 pågår även under 2023. Rekommendationen är delvis åtgärdad

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
31842 Från rapport 2019/9 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledning bör tydliggöra krav på innehåll och dokumentation i avtalsprocessen och säkerställa att det finns en lägsta kravnivå.	●	ÅR 2022 Revisionens uppföljning visar att ett förbättringsarbete har genomförts och att det finns en ökad tydlighet för vad som ska göras och dokumenteras i avtalsprocessen. För att bedöma rekommendationen som helt åtgärdad avser revisionen att följa upp rekommendationen mer djupgående 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
37275 Från rapport 2019/4 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa en avtalsuppföljning som ger tillräckliga förutsättning för att bedöma följsamheten till vårdprogram och riktlinjer.	●	ÅR 2022 Förvaltningen har genomfört förbättringsarbete när det gäller avtalsuppföljning, bland annat inom ramen för prioriteringsmodellen för avtalsuppföljning samt i rutiner och mallar i avtalshandboken. För att bedöma om rekommendationen är helt åtgärdad planerar revisionen att följa upp rekommendationen mer djupgående under 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
57167 Från rapport 2020/11 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver säkerställa att det finns riktlinjer som tydliggör vad uppdraget som fast vårdkontakt innebär för husläkarmottagningarna.	●	ÅR 2022 På grund av pandemin har förvaltningen samt vårdgivarna behövt hantera pandemin samt vaccinationsuppdraget. Förvaltningen återstartade därför arbetet med riktlinjerna om fast vårdkontakt först i slutet av 2022. Arbetet kommer att fortsätta under 2023. Rekommendationen kvarstår

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			därför som delvis åtgärdad.
57168 Från rapport 2020/11 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att det finns riktlinjer som beskriver formkrav för genomförandet av ersättningsberättigad SIP samt att metodstöd och informationsmaterial anpassas därefter.	●	ÅR 2022 Hälso-och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram metodstöd och informationsmaterial till vårdgivare. Stödet och materialet finns på Vårdgivarguiden samt Kunskapsstöd för vårdgivare. Det finns också information om hur SIP ska dokumenteras i LifeCare SP. Revisionen bedömer att rekommendationen är åtgärdad.
91206 Från rapport 2022/05 Projektrapport	Ledningen bör göra en tydlig analys av hur kommunikation av kvalitetsmått till invånare på vårdgivarnivå kan och bör hanteras som underlag för nämndens ställningstagande	—	ÅR 2022 Ny rekommendation från projektrapport 5/2022 Kvalitetsuppföljning av vårdval.

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
51373 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen för förvaltningen bör dokumentera rutiner för processen för förvaltningens budgetfördelning.	●	ÅR 2022 Förvaltningen anger att arbete pågår med att utveckla den tidigare framtagna modellen för fördelning av budget, exempelvis genom att förtydliga rutiner för denna process. Den utvecklade modellen implementerades i samband med budgetarbetet för 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
51380 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen för förvaltningen bör förtydliga fördelningsprocessen så att finansieringen av de uppdrag som finns i nämndens budget framgår.	●	ÅR 2022 Förvaltningen anger att utgångspunkten är att tillkommande uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden ska vara finansierat, antingen via ytterligare anslag eller nedprioritering av annan verksamhet. Hur ett tillkommande uppdrag

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			ska finansieras ska också framgå av nämndens verksamhetsplan eller beslut som fattas under verksamhetsåret. I det fall anslag och estimerade statsbidrag inte väntas täcka planerade kostnader redovisas storlek på finansieringsgap, inklusive förslag till åtgärder. Revisionen konstaterar att det finns en ordning för finansiering av uppdrag och bedömer rekommendationen som delvis åtgärdad.
51383 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att lokal krisberedningsplan och epidemiberedningsplanerna är framtagna, uppdaterade och beslutade på rätt nivå.	●	ÅR 2022 Under 2022 har en risk- och sårbarhetsanalys genomförts på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Utifrån resultatet kommer en lokal krisberedningsplan att utarbetas under 2023. Epidemi- och pandemiplanerna har uppdaterats under 2022. Planerna är skickade på remiss och beslut planeras i regionfullmäktige våren 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29586 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1505	Förvaltningsledningen bör säkerställa att rutiner följs så att alla chefer granskar och signerar utanordningslistor för löneutbetalningar.	●	ÅR 2022 Uppföljningen för 2022 perioden januari till och med november visar att utanordningslistorna signerats till 83 procent, vilket är en förbättring med 8 procent sedan årsuppföljning för 2021. Aviseringarna kommer fortsätta skickas ut. Revisionen avser att följa upp ytterligare ett år vid årsgranskningen för 2023. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
29596 Från rapport 2019 Delrapport	HSF bör se över begränsningen för vilka avvikelser som ska rapporteras och säkerställa att rutin för avvikelshantering är känd av personalen.	●	ÅR 2022 Det finns sedan tidigare en gemensam struktur för

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1583			avvikelsehantering på förvaltningen. Rutinen är publicerad på intranätet. Arbete med denna rekommendation har inte prioriterats. Revisionen planerar att följa upp rekommendationen vid årsgranskningen för 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
37775 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör stärka den övergripande kontrollen och uppföljningen av projekt som finansieras med riktade statsbidrag	●	ÅR 2022 En rutin finns för hur riktade statsbidrag ska hanteras inom förvaltningen. Av rutinen framgår ansvarsfördelning inom Region Stockholm och inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Rutinerna kommer att uppdateras och förankras. En granskning av intern styrning och kontroll av externt finansierade projekt, där statsbidragsfinansiering är en form av extern finansiering, har genomförts inom ramen för årsgranskningen för 2022. I den framkom att den övergripande kontrollen och uppföljningen av projekt som finansieras med riktade statsbidrag fortsatt behöver stärkas. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
48563 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör implementera enhetliga arbetssätt och dokumenterade kontroller för uppföljning av konsulter, för att t.ex. säkerställa avtalstrohet.	●	ÅR 2022 Förvaltningen uppger att kontroller sker löpande vid utbetalning av fakturor samt inför avrop, bland annat för att säkerställa att avrop sker från tillämplig ramavtal. Förvaltningen anser att rekommendationen är åtgärdad. För att bedöma om rekommendationen är helt åtgärdad planerar revisionen att genomföra en mer djupgående uppföljning under 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
48564 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör ha en samlad och lätt tillgänglig förvaring av ingångna avtal för att stärka den interna kontrollen i avtalsuppföljningen.	●	ÅR 2022 Förvaltningen har fortsatt aktivt deltagit i den av regionfullmäktige beslutade centralt samordnade upphandlingen av


Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			upphandlingsverktyg och avtalstjänst samt genomför fort-löpande egen behovsinventering. Systemet kommer bland annat innehålla förteckning av förvaltningens samtliga av-tal. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
48565 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör, mot bakgrund av be-sparingsbeting avseende personal och krav på minskning av konsultanvändningen, utveckla de övergripande strategiska överväganden kring konsultförsörjningen som en integre-rad del av sin kompetensförsörjning.	●	ÅR 2022 Förvaltningen uppger att från och med delåret 2022 följs konsultkostnader i förvaltningens ledningsgrupp och dialog förs där kring konsultanvändande i relation till egen perso-nal. Även andra initiativ har tagits inom ramen för förvalt-ningens interna budget. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
80800 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa löpande systematiska kontroller av leverantörsregistret för att säkerställa dess aktualitet.	—	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.
80801 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör införa och dokumentera rutiner och kontrol-ler av fakturor från e-hälsomyndigheten och apoteksaktö-terna.	●	ÅR 2022 Ett arbete har påbörjats för att beskriva rutinerna inom området fakturering av öppenvårdsläkemedel. Doku-mentation av rutinerna kvarstår att göra. Rekommendat-ionen bedöms vara delvis åtgärdad.
80802 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att kraven på apoteksaktörernas utformning av fakturorna är relevanta och ger information som behövs för att genomföra tillräckliga kontroller.	—	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.
80803 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställ att det införs tillräckliga rutiner och kontroller för att säkerställa att de ersättningar som er-hålls genom sidoöverenskommelser är korrekta.	—	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.


Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
80804 Från rapport 2021 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa processer och rutiner så att alla berörda delar av förvaltningen får del av ärenden som bereds inför beslut i nämnden.	–	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
85548 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att intäkter och kostnader redovisas i den period de uppstår, oavsett finansiering.	–	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.
85549 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att alla bidragsintäkter hanteras i enlighet med rekommendation från Rådet för kommunal redovisning.	–	ÅR 2022 Uppföljning planeras till 2023.
85550 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det vid varje bokslut finns erforderliga underlag för att lagervärde ska kunna fastställas.		ÅR 2022 Det nationella läkemedelsförrådet som inrättades under pandemin är det enda lager som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har och det är tomt och kommer att avvecklas till årets slut. Rekommendationen avslutas.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38599 Från rapport 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa tydlighet i roller och ansvar t.ex. genom en arbetsordning för förvaltningen		ÅR 2022 Ett förslag till arbetsordning är under framtagande. Rekommendationen är delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38600 Från rapport 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att det dels tydligt framgår en nivåstruktur för de styrdokument som gäller i avtalsprocessen, dels vilka krav i avtalshandboken som ska följas och vad som är goda råd	●	ÅR 2022 Förvaltningen har gjort ett omfattande arbete kring avtalsprocessen samt Avtalshandboken. Revisionen bedömer rekommendationen som åtgärdad och avslutar den därmed
51436 Från rapport 2020 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör verka för att en överenskommelse ingås med färdtjänstnämnden som reglerar ansvaret och utförandet av sjukresor	●	ÅR 2022 Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om ett avtal mellan TF och HSF om sjukresetjänst. Ett sådant avtal är skapat av HSF och signerat av förvaltningsdirektören, men inte ännu av avtalspart på TF. Rekommendationen är därmed delvis åtgärdad.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57482 Från rapport 2020/7 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att ansvar och roller mellan MediCarrier och ApoEx tydliggörs.	●	ÅR 2022 I det nya avtalet om läkemedelsförsörjning (FSN 2022-0211) omtalas endast en läkemedelsleverantör varför otydligheterna inte längre kvarstår. Driftstart hösten 2023. Rekommendationen anses därmed åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges finansiella mål (resultatkrav) och följt fullmäktiges ekonomiska riktlinjer.
2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.
3. Nämnden/styrelsen har i övrigt bedrivit verksamheten med god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut.
4. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande

Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelse kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande

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

Otillfredsställande

Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder¹:

- *Bristande måluppfyllelse – verksamhet*

¹ God revisionsred 2018

Regionrevisorerna

- *Bristande måluppfyllelse – ekonomi*
- *Ohörsamhet/obstruktion*
- *Icke lagenlig verksamhet, brottslig gärning*

Intern styrning och kontroll

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och regelefterlevnad. Nämnden/styrelsen har säkerställt systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Bedömningsmål:

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

9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

Bedömningskriterier

Tillräcklig

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

Inte helt tillräcklig

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

Otillräcklig

Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll som därför måste åtgärdas snarast.

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder²:

- *Brister i styrning och intern kontroll av verksamhet*
- *Brister i styrning och intern kontroll av ekonomi*
- *Otillräcklig beredning av ärenden*
- *Obehörigt beslutsfattande*

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.

² God revisionssed 2018

Bedömningskriterier:**Rättvisande**

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

Inte rättvisande

Räkenskaperna innehåller väsentliga avvikelser eller allvarliga brister i förhållande till bedömningsmålen och ger inte en rättvisande bild av resultat och ställning.

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till ansvarsprövningsgrunden³ ej rättvisande redovisning.

³ God revisionsred 2018