

LANDSTINGS- REVISORERNA

Löpande granskning av intern kontroll 2007 Landstingsstyrelsen

- Den interna kontrollen och styrningen bedöms sammantaget för SLL preliminärt som **tillräcklig**. För fyra nämnder/styrelser lämnas dock bedömningen **ej helt tillräcklig**, på grund av brister i de administrativa rutinerna. En styrelse har erhållit omdömet **utmärkt**.
- Den övergripande ekonomiska styrningen av de stora sjukhusen har visat fortsatta svårigheter. Vårdavtalen för 2007 blev klara sent och först efter mycket sent ingripande från koncernledningen.
- Det är av yttersta vikt att vårdens avtalsprocess och övriga styråtgärder förmår att i god tid ge tydliga förutsättningar för 2008 års verksamhet.
- Oklarheterna kring sjukhusens ekonomiska planeringsförutsättningar inför kommande år behöver lösas av auktoritativa fasta beslut. Revisionen återkommer till de ekonomiska styrfrågorna inför slutrevisionen. Den långsiktiga planeringen måste stärkas.
- Räkenskaperna bedöms preliminärt vara **rättvisande**. Den löpande ekonomiska redovisningen, delårsbokslut och kortperiodisk rapportering har hållit en tillfredsställande kvalitet.

Revisorsgrupp I
2007 års revisorer

2007-10-24

Diarienummer:
RK 200706-63

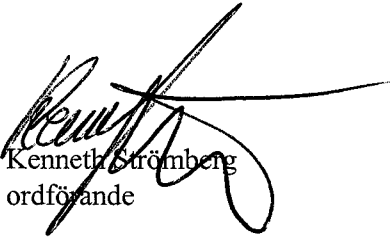
Landstingsstyrelsen


Rapport över löpande granskning intern kontroll 2007 Landstingsstyrelsen

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2007-10-24

- att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2008-01-31,
- att särskilt begära in synpunkter vad gäller styrningen av vården samt
- att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.


Kenneth Strömberg
ordförande


Agneta Fohlström
sekreterare

Sammanfattning

Härmed avrapporteras den löpande granskningen av den interna kontrollen vid landstingsstyrelsen år 2007.

Styrning av verksamhet och ekonomi

Landstingsstyrelsen har i uppdrag att utöva den samlade styrningen av Stockholms läns landstings verksamhet och ekonomi. Revisionen har översiktligt granskat budget-, beställar- och ägarstyrning, vilket kommenteras nedan. Revisionen kommer inför slutrevisionen att återkomma i dessa frågor.

Att landstinget har en ekonomi i balans och en väl fungerande uppföljning och utvärdering av ekonomi och verksamhet är nödvändiga förutsättningar för att leva upp till kommunalagens krav på god ekonomisk hushållning.

Tidigareläggningen av delårsbokslut och verksamhetsrapportering är en väsentlig förbättring av rapportering till fullmäktige.

Granskningen av delårsrapporten för SLL-koncernen visade att de verksamhetsmässiga målen behöver ges en tydligare koppling till kravet på god ekonomisk hushållning. Landstingsstyrelsens åiterrapportering till fullmäktige av måluppfyllelse och uppnådda verksamhetsresultat behöver förtydligas och bättre kopplas till den ekonomiska redovisningen.

När det gäller styrningen av vården konstaterar revisionen att först efter ingripande från koncernledningen kunde vårdavtalen mellan beställaren och de stora sjukhusen påtecknas, en bra bit in i 2007. Särskilda beslut har fattats om ägartillskott och negativa resultatkrav för Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB. Att avtalen träffades så sent innebär kraftigt försvagade förutsättningar för en god budget- och verksamhetsplanering. Revisionen noterar också med oro att det råder skilda uppfattningar om hur de särskilda tillskotten/underskotten ska beaktas i avtalsdiskussionerna inför 2008.

Revisionens iakttagelser kring styrning och tillämpning av avtal och överenskommelser inför 2007 gör det nödvändigt att mer ingående granska avtalsprocess och övergripande styrning av de stora sjukhusen. I avvaktan på detta avstår revisionen från att ge några sammanfattande omdömen avseende styrning och intern kontroll, för Hälso- och sjukvårdsnämnden och de tre stora landstingsdrivna sjukhusen.

Vad gäller kollektivtrafiken kan konstateras att styrningen skärpts vad gäller punktligheten och tillförlitligheten i pendeltågstrafiken. Trots detta kvarstår många problem. Kundnöjdheten ligger på oacceptabelt låg nivå. Revisionen kommer i samband med slutrevisionen att granska resultatet av arbetet.

I augusti månadsbokslut redovisas fortsatt negativa budgetavvikelser för hälso- och sjukvården om -535 mkr, vilket är 272 mkr sämre än budgeterat resultat.

Landstingsstyrelsen har under året påbörjat ett arbete för att stärka den ekonomiska styrningen. Det gäller bl.a. uppdrag åt enheter med budgetöverskridande att redovisa åtgärdsplaner, genomlysning av Karolinska Universitetssjukhusets organisation och uppdrag samt riskbedömning av hälso- och sjukvårdens prognoser.

Kostnadstrenden är fortsatt ökande även under 2007. Kostnadsökningen i augusti uppgår till 5,6%. Den höga kostnadsökningen inom sjukvården understryker behovet av aktiv ekonomistyrning. Det är viktigt att vidtagna åtgärder leder till avsedda effekter.

Miljö

Landstinget har i budget 2007 en uttalad ambition om att SLL ska inta en tät-position i det svenska miljöarbetet. Ambitionen gäller särskilt hållbara trafiklösningar och minskad miljöpåverkan från sjukvården. Översiktlig granskning av det miljöarbete som redovisas i delårsbokslutet visar att det är svårt att få en samlad bild av hur nämnder/styrelser ligger till i förhållande till riktvärden för 2007 då inte alla redovisar sådan information. Det fanns heller inget krav på detta i delårsrapporten. Viktiga områden för fortsatt framgång är att det nya miljöprogrammet preciseras på ett tydligt sätt och att uppföljningen av koncernens miljöarbete fortsätter att utvecklas.

Intern kontroll och räkenskaper

Revisionen har inför 2007 ändrat principer för bedömningar. Ändringarna har gjorts utifrån kommunallagens krav på uttalanden från revisorerna. Med denna indelning förtydligas underlaget för de förtroendevaldas ansvarsprövning och formulering av revisionsberättelse och granskningsrapport. Förändringen innebär dock att mer exakta jämförelser med tidigare år är svåra att göra. Följande områden bedöms:

- räkenskaper
- intern kontroll (vilket även inkluderar styrning)
- verksamhetens ändamålsenlighet och effektivitet

I denna rapport lämnas preliminära bedömningar avseende den interna kontrollen och räkenskaperna. Slutliga omdömen avges i årsrapporten, tillsammans med kommentarer avseende verksamhetens effektivitet och ändamålsenlighet.

En god intern kontroll omfattar alla de faktorer i verksamhetens organisation, styrning och redovisning som syftar till att säkerställa en effektiv och korrekt utförd verksamhet. Räkenskaperna omfattar redovisningssystem, delårs- och årsbokslut.

Revisionens iakttagelser vad gäller styrning av sjukvården och avtalstillämpning innebär att ett samlat omdöme inte nu lämnas för Hälso- och sjukvårdsnämnden och de tre stora landstingsdrivna sjukhusen vad gäller den interna kontrollens kvalitet.

Preliminära bedömningar avseende SLL-koncernen sammanfattas enligt nedan. Slutliga bedömningar kommer att lämnas i årsrapporten.

	Oacceptabel	Ej helt tillräcklig	Tillräcklig	Utmärkt
Intern kontroll			X	

	Icke Rättvisande	Ej helt rättvisande	Rättvisande
Räkenskaper			X

Sammantaget bedöms den interna kontrollen inom SLL preliminärt som **tillräcklig**. Den interna kontrollen har för 14 nämnder/styrelser bedömts som **tillräcklig** och för 4 nämnder/styrelser bedömts som **ej helt tillräcklig**. En styrelse har erhållit omdömet **utmärkt**.

Vid genomgång av hur nämnder/styrelser arbetar med de interna kontrollplanerna har noterats att sex nämnder/styrelser saknar en fastställd intern kontrollplan.

Granskning av IT-området visar att det bör övervägas hur förebyggande operativa informationssäkerhetsåtgärder kan samordnas inom SLL, samt hur otillbörlig användning av Internet kan förebyggas. Därutöver bör klargöras rapporteringsansvar och rapporteringsrutin vid säkerhetsincidenter inom IT-området.

I 2006 års revision framfördes kritik mot formerna för landstingsstyrelsens avsättning för omstruktureringsåtgärder. Revisionen har granskat den fortsatta hanteringen av dessa. Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) har utarbetat regler och rutiner för hanteringen. Beslut saknas dock på ansvarig politisk nivå angående regler och rutiner.

Enligt LSF:s regelverk ska strategiska utskottet besluta om medel och eventuella avvikelser från regler och rutiner avseende omställningsåtgärder. Revisionen har noterat att avsteg har gjorts från regelverket utan att beslut har fattats av utskottet. Det gäller personer vars ålder understiger 61 år när de går i avtalspension uppgående sammanlagt till 36 mkr. Landstingsstyrelsen bör framöver återrapportera uppnådda effektiviserings- och rationaliseringsvinster i förhållande till fullmäktiges uppdrag.

Räkenskaperna bedöms för samtliga nämnder/styrelser preliminärt som **rättvisande**. Den löpande ekonomiska redovisningen, delårsbokslut och kortperiodisk rapportering har hållit tillfredsställande kvalitet.

Flertalet av revisionens tidigare rekommendationer avser årsredovisningen och kommer att följas upp i samband med slutrevisionen.

Innehållsförteckning

1.	Revisionens inriktning och omfattning.....	1
2.	Uppföljning av tidigare rekommendationer.....	2
3.	Styrning och uppföljning av SLL:s ekonomi och verksamhet	2
3.1	Iakttagelser i 2006 års revision.....	2
3.2	Budgetstyrning	2
3.3	Ekonomistyrning.....	3
3.4	Styrning av vården	6
3.5	Styrning av trafiken	7
3.6	Ägarstyrning	8
4.	SLL-övergripande revision/särskilda frågor.....	9
4.1	Personaladministration	9
4.2	IT-verksamhet.....	10
4.3	Miljö	13
4.4	Omstruktureringsåtgärder	14
4.4.1	Bakgrund och beslut om regler och rutiner.....	14
4.4.2	Tillämpning av regler och rutiner.....	16
5.	Löpande granskning av intern kontroll och räkenskaper	17
5.1	Omfattning och inriktning.....	17
5.2	Preliminär bedömning av den interna kontrollen	17
5.3	Preliminär bedömning av räkenskaperna	18
5.4	Interna kontrollplaner.....	19
5.5	Ledningsnära kostnader/särskilda förtroendefrågor	19
6.	Granskningen av Landstingsstyrelsens delårsrapport.....	20
7.	Granskningen av Tiohundra AB och TioHundra-nämnden.....	20

Bilagor:

Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer
Bilaga 2	Kontrollmål för 2007 års revision
Bilaga B1	Landstingsstyrelsens förvaltning
Bilaga B2	Koncernfinansiering
Bilaga B3	Landstingsfastigheter

1. Revisionens inriktning och omfattning

I denna revisionsrapport redovisas det samlade resultatet av revisionen av landstingsstyrelsens övergripande verksamhet och sammanfattning av de preliminära granskningsresultaten avseende landstingets nämnder och styrelser. Revisionen har utförts i enlighet med kommunallagen, landstingets regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från den av de förtroendevalda revisorerna fastställda revisionsplanen och av revisionsdirektören fastställd planPM.

Granskningen har haft inriktningen mot landstingsstyrelsens styrning och uppföljning av verksamhet och ekonomi, intern kontrollstandard i landstingets verksamheter samt räkenskapernas kvalitet.

Revisionen har inför 2007 ändrat principer för bedömningar. Ändringarna har gjorts utifrån kommunallagens krav på uttalanden från revisorerna. Med denna indelning förtydligas underlaget för de förtroendevaldas ansvarsprövning och formulering av revisionsberättelse och granskningsrapport. Förändringen innebär dock att mer exakta jämförelser med tidigare år är svåra att göra. Följande områden bedöms:

- räkenskaper
- intern kontroll (vilket även inkluderar styrning)
- verksamhetens ändamålsenlighet och effektivitet

I denna rapport lämnas preliminära bedömningar avseende den interna kontrollen och räkenskaperna. Slutliga omdömen avges i årsrapporten, tillsammans med kommentarer avseende verksamhetens effektivitet och ändamålsenlighet. Vad gäller kontrollmålen hänvisas till bilaga 2.

Granskningen av delårsbokslutet har rapporterats i särskild PM 2007-08-22.

Koncernrevisionen har utförts av revisionskontoret, anlitate konsulter samt bolagens auktoriserade revisorer. Granskningen och avrapporteringen av den löpande revisionen har anpassats till utformningen av landstingsstyrelsens förtroendemannan- och tjänstemannaorganisation. Följande rapportstruktur gäller för 2007:

Huvudrapport	Landstingsstyrelsen - löpande granskning av intern kontroll avseende landstingsstyrelsens koncernledningsfunktion
Bilaga A1	Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer
Bilaga A2	Kontrollmål för 2007 års revision
Bilaga B1	Landstingsstyrelsens förvaltning – löpande granskning av intern kontroll
Bilaga B2	Koncernfinansiering - löpande granskning av intern kontroll
Bilaga B3	Landstingsfastigheter - löpande granskning av intern kontroll

2. Uppföljning av tidigare rekommendationer

I 2006 års rapport avseende den löpande granskningen av den interna kontrollen samt i årsrapporten framfördes ett antal synpunkter/rekommendationer. Flertalet av de ej åtgärdade rekommendationerna avser årsredovisningen och kommer att följas upp i samband med slutrevisionen.

3. Styrning och uppföljning av SLL:s ekonomi och verksamhet

3.1 Iakttagelser i 2006 års revision

Landstingsstyrelsens uppgift regleras dels i kommunallagen, dels i landstingets reglemente för landstingsstyrelsen och dess utskott. Det är landstingsstyrelsens uppdrag att utöva den samlade styrningen av landstingets verksamhet. I detta ingår att svara för att de övergripande styrsystemen fungerar och är ändamålsenliga. I rollen ingår också att utöva uppsikt över nämnder och styrelser och där så behövs att förtydliga och komplettera de riktlinjer som fullmäktige fastlagt.

Inför slutrevisionen av 2006 års verksamhet granskades i särskild ordning den övergripande styrningen som avrapporterades i årsrapporten för landstingsstyrelsen 2006. Det gäller efterlevnaden av kraven på god ekonomisk hushållning, ägarstyrningen samt beställarstyrningen av hälso- och sjukvården.

Sammantaget visade granskningen att formerna för den övergripande styrningen hade brister när det gäller att åstadkomma en tydlig sammanhängande styrkedja. Budgetprocessen uttrycker höga ambitioner men budgetförslag och fastställd budget innehåller ett mycket stort antal styrsignaler av blandad dignitet. Det fanns därför även brister när det gäller att ge fullmäktige en informativ redovisning av hur mål och uppdrag genomförts.

Granskningen visade att ägarstyrningen utvecklats även om visst arbete återstod. I årsrapporten framförs att ägarpolicy och ägardirektiv bör kompletteras med att tydliggöra ansvar, roller och styrformer och andra strategiska delar i en utvecklad ägarstyrning. Vad gäller beställarstyrningen av vården konstaterades att det fanns fungerande former för att förmedla pengar/finansiering och uppdrag till vårdgivarna. Däremot saknades i stor utsträckning strategi och former för att följa upp och värdera vårdgivare samt att fördela om uppdrag och resurser. Därutöver påtalades landstingsstyrelsens övergripande ansvar för att landstingsövergripande styrsystem fungerar i relation till varandra.

3.2 Budgetstyrning

Enligt kommunallagen ska det i budgeten anges mål och riktlinjer för verksamheten som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning. God ekonomisk hushållning innebär inte enbart att räkenskaperna går ihop på ett ansvarsfullt sätt. För verksamheten skall anges mål och riktlinjer som tar sikte på förmågan att driva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt.

Granskningen av budgeten och delårsrapporten för 2007 visade att de verksamhetsmässiga målen bör ges en tydligare koppling till kravet på god ekonomisk hushållning. Granskningen av delårsrapporten har avrapporterats i särskild PM 2007-08-22.

Delårsrapporten ger en bättre överblick av verksamhetsutvecklingen inom vård och trafik än tidigare år men kan utvecklas ytterligare. Det gäller verksamhetsvolym, kvalitetsaspekter, brukaromdömen, miljöarbetet och personalfrågor.

Landstingsstyrelsens återrapportering beträffande av fullmäktige givna mål och uppdrag bör utvecklas för att motsvara de grundläggande kraven på landstingsstyrelsens uppsiktsplikt över landstingskoncernens nämnder och styrelser. Avrapporteringen bör på ett bättre sätt skapa rimliga förutsättningar för fullmäktiges ledamöter att bedöma hur dessa har verkställts av ansvariga styrelser och nämnder. Det gäller en övergripande analys av alla uppdrag med avseende på vilka som har genomförts, vilka som är under genomförande och vilka som ännu ej har påbörjats.

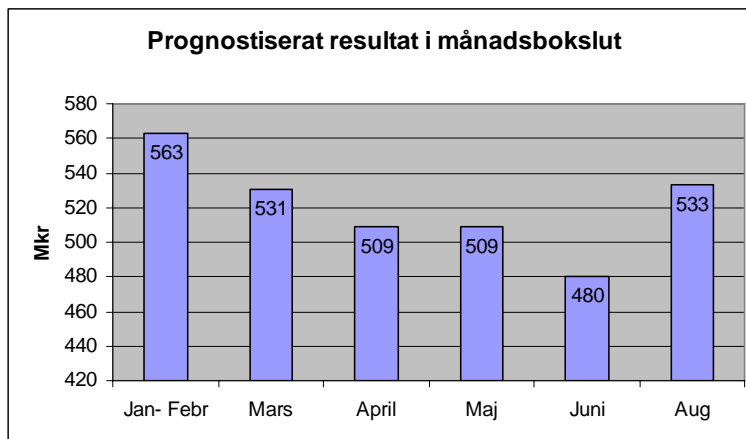
I revisionens tidigare rapporter har framförts kritiska synpunkter på landstingsstyrelsens återredovisning av fullmäktiges mål och uppdrag. Trots viss vidareutveckling av återrapporteringen kvarstår enligt revisionens bedömning brister. Revisionen kommer att fortsätta följa dessa frågor i samband med slutrevisionen.

En översyn av nuvarande budgetprocess pågår med målsättningen att fullmäktige senast i december ska besluta om ny budgetprocess. Revisionen kommer att följa detta arbete.

3.3 Ekonomistyrning

Fullmäktige beslöt i budgeten för 2007 att tidigarelägga delårsrapporten med två månader, vilket innebär en tidigareläggning av rapporteringen till fullmäktige. Landstingsstyrelsen har löpande under året följt utvecklingen av landstingets ekonomi som redovisats i månadsbokslut och delårsrapport.

Att landstinget har en ekonomi i balans och en väl fungerande uppföljning och utvärdering av ekonomi och verksamhet är nödvändiga förutsättningar för att leva upp till kravet på god ekonomisk hushållning. Nedanstående diagram visar prognostiserat resultat, för perioden januari – augusti.



I tjänsteutlåtande till månadsbokslut för augusti, redovisas en helårsprognos för år 2007 uppgående till 533 mkr för koncernen Stockholms läns landsting, att jämföra med fullmäktiges resultatkrav om 513 mkr. Det är en förbättring med 53 mkr jämfört med prognostiserat resultat i delårsrapporten.

Negativa budgetavvikelser redovisas fortsatt för hälso- och sjukvården med - 535 mkr, vilket är 272 mkr lägre än budgeterat resultat. Prognosen har försämrats jämfört med delårsrapporten främst beroende på Karolinska Universitetssjukhuset. Resultatenheter som prognostiserar negativa budgetavvikelser är Hälso- och sjukvårdsnämnden (-122 mkr), Karolinska Universitetssjukhuset (- 90 mkr), Södersjukhuset AB (-15 mkr), Danderyds sjukhus AB (-29 mkr), Sjukvården Salem, Nykvarn och Södertälje (-11 mkr) samt TioHundra AB (-12 mkr).

Landstingsfullmäktige beslöt 2007-03-13 om ägartillskott med 45 mkr vardera till Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB. Sjukhusen fick i uppdrag att ”i nära samråd med landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden utreda och redovisa möjligheterna för fortsatt effektivisering och andra förutsättningar för kostnadsreduktion inför 2008 motsvarande ägartillskottet samt återrapportera till landstingsstyrelsen”. Därutöver fick Karolinska Universitetssjukhuset ett ägartillskott om 100 mkr. Resultatkraven för några enheter ändrades till: Karolinska Universitetssjukhuset -270 mkr, Storstockholms Lokaltrafik AB 100 mkr och Koncernfinansiering 515 mkr.

Avtalen mellan Hälso – och sjukvårdsnämnden (beställaren) och de stora sjukhusen träffades sent in på verksamhetsåret 2007, vilket medför sämre förutsättningar för god budget- och verksamhetsplanering. Se vidare avsnitt 3.4 Styrning av vården.

Landstingsstyrelsen har under våren uppdragit åt nämnder/styrelser med budgetöverskridande att redovisa åtgärdsplaner. Det gäller Stockholms läns sjukvårdsområde, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Sjukvården Salem, Nykvarn och Södertälje och TioHundra AB. Återrapportering har skett till produktions-

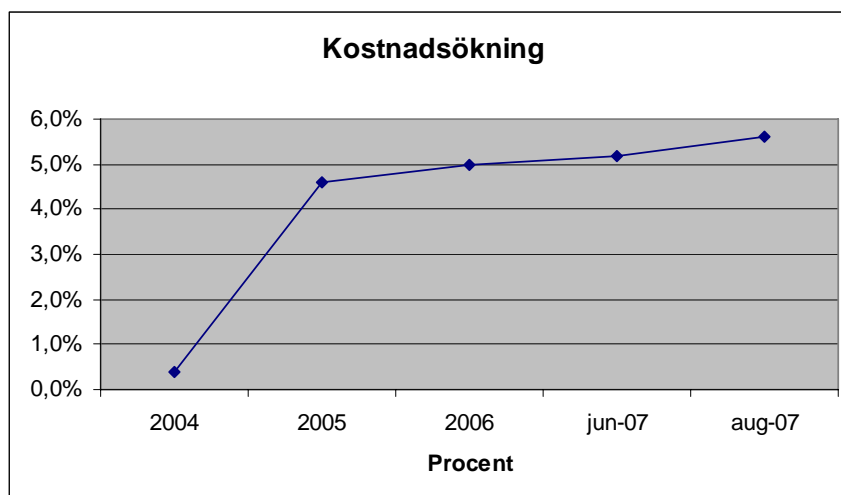
utskottet. I juni beslutade produktionsutskottet om ytterligare uppdrag för Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB för åiterrapportering i september.

Därutöver pågår, i enlighet med fullmäktiges beslut, en genomlysning av Karolinska Universitetssjukhusets organisation och uppdrag. Genomlysningen kommer att avrapporteras under hösten 2007.

Landstingsstyrelsens förvaltning har uppdragit åt konsult att genomföra en riskbedömning av hälso- och sjukvårdens prognoser för 2007. Syftet är att identifiera och kvantifiera eventuella risker med nuvarande prognosframtagning samt utgöra utgångspunkt för budgetarbetet 2008. De enheter som berörs är Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Sjukvården Salem, Nykvarn och Södertälje och TioHundra AB.

Verksamhetens kostnader prognostiseras till 57 129 mkr en ökning med 3 016 mkr jämfört med föregående år (exklusive de jämförelsestörande poster). Kostnaderna överstiger budget med 918 mkr. Kostnadsökningen är till största delen hänförlig till läkemedels- och bemanningskostnader inom hälso- och sjukvården samt kostnader för köpt trafik.

De höga kostnaderna kompenseras av att verksamhetens intäkter i helårsprognosen beräknas till 415 mkr (3,4%) högre än budget. Det gäller ökade biljettintäkter och uthyrning av lokaler. De prognostiserade skatteintäkterna överstiger budgeten med 510 mkr (1,1 %).



Kostnadstrenden är fortsatt ökande även under 2007. Kostnadsökningen i augusti uppgår till 5,6%. Den höga kostnadsökningen inom vården understryker behovet av aktiv ekonomistyrning i förening med långsiktigt hållbara beslut om investeringar och verksamhetsutveckling.

I delårsrapporten framgår att det egna kapitalet uppgår till - 427 mkr samtidigt som landstingsstyrelsen redovisar att det ackumulerade överskottet enligt balanskravet uppgår till 2 384 mkr. Skillnaden mellan det negativa egna kapitalet och det ackumulerade överskottet beror på att fullmäktige åberopat synnerliga skäl för att inte reglera tidigare års underskott.

Pensionsförpliktelser intjänade före år 1998 redovisas i enlighet med gällande lagstiftning som ansvarsförbindelse. Om hänsyn tas till dessa pensionsförpliktelser per 2007-06-30 så skulle det egna kapitalet vara -23 334 mkr.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Sammanfattningsvis kan revisionen konstatera att arbete har påbörjats under året för att stärka den ekonomiska styrningen. Det är viktigt att vidtagna åtgärder leder till avsedda effekter. De närmaste åren kommer att präglas av en förändringsprocess i enlighet med fullmäktiges budgetbeslut. Mot denna bakgrund bör hälso- och sjukvården präglas av kostnadskontroll.

3.4 Styrning av vården

Styrningen av hälso- och sjukvården inom SLL sker i huvudsak enligt en beställare-/utföraremodell, sedan början av 1990-talet. Häri har beställarfunktionen en nyckelroll när det gäller att omsätta landstingsfullmäktiges övergripande mål och uppdrag i konkreta uppdrag/beställningar till ett stort antal utförareheter/vårdgivare, såväl landstingsdrivna som privat drivna. Denna styrning regleras i avtal med de olika utförarna. Avtalen kan vara ett- eller fleråriga och ska reglera innehåll, omfattning, kvalitet och ersättning för uppdraget.

Revisionen har noterat svårigheter att inför år 2007 träffa avtal mellan beställarfunktionen och tre stora, landstingsdrivna sjukhus (Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB). Först sedan tillförordnad landstingsdirektör kallat parterna till möte den 22 december, kunde överenskommelse träffas mellan beställaren och de stora sjukhusen. Avtal påtecknades och godkändes av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) några månader in i 2007.

Den uppgörelse som initierades av koncernledningen bekräftades senare av landstingsfullmäktige och innebar, utöver finansieringen från beställaren, även ägartillskott med vardera 45 mkr till Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB samt 100 mkr till Karolinska Universitetssjukhuset. För Karolinska Universitetssjukhuset justerades även resultatkravet ner från -100 mkr till -270 mkr för år 2007. Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB fick i uppdrag att, i nära samråd med HSN och landstingsstyrelsen, utreda och återrapportera till landstingsstyrelsen "möjligheterna för effektivisering och andra förutsättningar för kostnadsreduktion inför 2008 motsvarande nämnda ägartillskott". För Karolinska Universitetssjukhuset hade fullmäktige redan beslutat om en extern genomlysning.

De särskilda utredningarna avseende Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB ("Bryggutredningen") återrapporterades till landstingsstyrelsens förvaltning i månadsskiftet mars/april och redovisades för landstingsstyrelsens

produktionsutskott i maj och vid extra sammanträde i juni. Produktionsutskottet beslöt att till möte i september begära in ytterligare uppgifter från Södersjukhuset AB och Danderyds sjukhus AB. Sjukhusens utredningar har ännu ej återrapporterats till landstingsstyrelsen.

Bryggutredningen har inte avrapporterats till HSN, trots att detta var avsikten enligt överenskommelsen i december.

Den externa genomlysningen av Karolinska Universitetssjukhuset avses presenteras under oktober månad.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Den överenskommelse som träffades den 22 december angående vårdavtal, ägartillskott och utredningsuppdrag för 2007 har också betydelse när det gäller förutsättningarna för vårdavtal för 2008. Revisionen har i granskningen av styrningen inom HSN och respektive sjukhus konstaterat att det finns olika tolkningar av hur dessa förutsättningar ser ut. Skillnaderna i dessa tolkningar är betydande och oroande. Detta motiverar ytterligare granskningsinsatser när det gäller styrningen vid de berörda verksamheterna men också när det gäller de övergripande styrsystemens tillämpning och funktionalitet.

Därför avstår revisionen i nuläget från att i dessa avseenden ge något omdöme om styrningen vid Hälso- och sjukvårdsnämnden, Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB samt Södersjukhuset AB.

Revisionen vill samtidigt poängtera att det är av yttersta vikt att de övergripande styråtgärderna inom landstinget förmår hantera och skapa tydlighet om uppdrag, verksamhet och resurser vid de stora sjukhusen.

3.5 Styrning av trafiken

Kvaliteten i trafiken har i viktiga avseenden varit oacceptabel. Det gäller särskilt punktligheten i pendeltågstrafiken. Av AB SL:s delårsbokslut 2007 framgår att förbättrad tidhållning och ökad pålitlighet är de högst prioriterade målen för kollektivtrafiken under 2007.

Den största bidragande orsaken till bristande punktlighet i pendeltågstrafiken är enligt AB SL eftersatta investerings- och underhållsåtgärder i statens spåranläggning. Den största enskilda orsaken till bristande punktlighet i tunnelbanetrafiken är enligt AB SL de äldre tunnelbanevagnarna. Störst betydelse för bristande punktlighet i busstrafiken är enligt AB SL framkomlighetsproblematiken. Samarbetet med Stockholms stad för att öka framkomligheten fortsätter.

AB SL har sammanställt en åtgärdsrapport 2007-04-22 avseende punktlighet. Av åtgärdsrapporten framgår bl.a. att de investeringar i infrastruktur som föreslås i AB SL:s budget och verksamhetsplan nästan uteslutande är avsedda att säkerställa eller förbättra möjligheterna att leverera pålitlig trafik. Pendeltågstrafiken går på statens spåranläggning och felfrekvensen har ökat avsevärt de senare åren och nu

svarar för hälften av störningarna i pendeltrafiken. Banverket har nyligen beslutat tidigarelägga underhållsinsatser.

Av delårsbokslutet 2007 framgår följande åtgärder för förbättrad punktlighet och tillförlitlighet i kollektivtrafiken:

Pendeltågstrafiken

Banverket arbetar övergripande med åtgärdsplan Mälardalen, som innehåller förbättringar i spår och signalsystem. Dessa ska minska störningarna med 50 % på tre års sikt. En del av dessa åtgärder kommer också AB SL trafiken tillgodo. På kort sikt arbetar Banverket tillsammans med Stockholmståg och AB SL för att genomföra punktlighetsförbättrande åtgärder.

Stockholmståg genomför omfattande åtgärdsprogram för att komma tillrätta med bristen på förare och fordon i pendeltågstrafiken. Åtgärder på fordonssidan består bl.a. av effektivisering av rutiner i verkstaden, flexibel reparatörsstyrka, förbättrad reservdelshållning m.m.

Förhandlingar med staten inleds om långsiktig lösning avseende skötsel av Banverkets spår och att AB SL:s tåg prioriteras i rusningstrafik enligt tidigare överenskommelse.

Tunnelbanan

Veolia fortsätter arbetet med att förbättra kvaliteten av underhållet, framförallt i Nybodadepån.

Bussar

Åtgärder som genomförts på verkstads- och fordonssidan inom olika bussområden har minskat andelen inställda avgångar.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Sammanfattningsvis kan sägas att styrningen mot punktlighet och tillförlitlighet i kollektivtrafiken inte har fungerat i väsentliga delar, särskilt vad gäller pendeltågstrafiken. Kundnöjdheten har legat på oacceptabelt låg nivå. Ett omfattande arbete pågår inom AB SL för att förbättra punktligheten och tillgängligheten inom kollektivtrafiken, särskilt pendeltågstrafiken. Revisionen kommer i samband med slutrevisionen att granska resultatet av arbetet.

3.6 Ägarstyrning

Enligt kommunallagen ska landstingsstyrelsen ha uppsikt över all verksamhet som bedrivs inom landstinget, även den verksamhet som bedrivs av kommunala bolag. Det innebär att styrelsen aktivt ska övervaka den ekonomiska förvaltningen, om bolagen efterlever och genomförs enligt mål, riktlinjer och andra beslut från fullmäktige och om bolaget agerar enligt lagar och förordningar.

Strategiska utskottet och produktionsutskottet ansvarar för ägarfrågor. Strategiska utskottet på övergripande nivå och produktionsutskottet för styrning och uppfölj-

ning av sjukvårdsproducenterna samt framtagande av specifika ägardirektiv för sjukvårdenheterna.

Konsult har anlitats för arbetet med framtagande av förslag till ny ägarpolicy och generella ägardirektiv. Strategiska utskottet kommer att behandla dessa dokument under hösten.

Produktionsutskottet har tagit fram förslag till nya specifika ägardirektiv för sjukvårdproduktionsenheterna Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB, Stockholms läns sjukvårdsområde, Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje samt S:t Eriks Ögonsjukhus AB. Förslag till ägardirektiv har skickats ut på remiss till respektive enhet.

I 2006 års revision noterades vissa brister i de formella delarna av ägarstyrningen i samband med årsstämmorna vid några bolag. I årets revision kan konstateras att stämmorna genomförts på ett bättre sätt än tidigare, även om en del brister kvarstår. Bl. a. har noterats oklarheter när det gäller vem som företräder ägaren vid bolagens årsstämmor.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Med anledning av gjorda iakttagelser lämnar revisionen följande rekommendationer:

- Det bör utarbetas en enkel checklista för vilka punkter som ska framgå av kallelsen, hur stämman ska genomföras, vem som ska vara ordförande m.m.
- Det bör förtydligas vem som ska vara ägarrepresentant vid stämmorna.

4. SLL-övergripande revision/särskilda frågor

4.1 Personaladministration

Uppföljning av utvecklingen av PA/lönesystem - versionsbyte av Palett till Version 5 (V5 – Projektet)

Under 2006 startades Projektet V5 av central systemförvaltning för att påbörja implementeringen av version fem (V5) av lönesystemet Palett. Målet med uppdateringen är en bättre hantering av registrering av tid samt förenklad hantering av schemamodulen. Då den nya versionen innebär förändringar i vissa rutiner har utbildningar genomförts av ca 4.500 arbetsledare/chefer inom SLL.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Den version som skulle implementeras hade en del tekniska problem. Det gäller exempelvis tillgängligheten då vissa nät inte räckte till samt funktionalitet av vissa användarfunktioner. De tekniska problemen medförde att styrgruppen för projektet tvingades förlänga tidplanen för implementeringen till sista halvåret 2007. Vid granskningen av delårsbokslutet för Danderyds sjukhus AB har noterats vissa problem vad gäller informationen från nya lönesystem Palett.

Styrgruppen har under våren 2007 haft en bättre dialog med systemleverantören. Det har anordnats regelbundna möten med leverantören som också har utsett en ansvarig kontaktperson. Utvecklingsarbetet fortsätter under 2007.

Uppföljning av utvecklingen av PA/lönesystem - konvertering av lönesystem från respons till Palett (Malte – projektet)

Landstingsfullmäktige beslöt i budget för 2006 att alla landstingets enheter skulle använda sig av Palett som lönesystem före årsskiftet 2007. Uppdraget resulterade i att central systemförvaltning startade Malteprojektet i början av 2006. Fyra förvaltningar/bolag inom SLL-koncernen med andra PA-system har implementerat lönesystemet Palett. Det gäller St:Eriks sjukhus AB, Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, Folk tandvården Stockholm län AB samt Danderyds sjukhus AB. I april 2007 slutfördes den sista konverteringen och projektet avslutades.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Revisionskontoret har påbörjat en uppföljning av projektet och dess genomförande. Det som har framkommit hittills är att projektet hade resursbrist såväl på lokal som central nivå och att leverantören inte tillsatte tillräckligt med resurser för att stödja övergången. Därigenom uppstod svårigheter att hålla tidplanen. Vid några enheter uppstod svårigheter med överföringstabeller och periodiseringsfiler, vilket i sin tur medförde problem vid delårsbokslutet. Den version som infördes (version 5) hade även en del tekniska brister som skapade merarbete, bl.a. en rapporteringsrutin för läkares tillägg som inte fungerade användarvänligt.

De styrelser som alltjämt har annat lönesystem är Stockholm Care AB, Waxholms Ångfartygs AB, Locum AB samt AB SL. Det finns inget beslut om att dessa bolag skall konvertera till lönesystemet Palett.

Revisionskontoret kommer fortsatt att följa projektet och avrapportera i årsrapporten.

4.2 IT-verksamhet

Översyn av IT-området

Landstingsstyrelsen har i enlighet med budgetuppdrag från landstingsfullmäktige särskilt granskat IT-strategi och IT-kostnaderna för landstingskoncernen. En särskild konsult har anlåtats för uppdraget.

Översynen visar att det är svårt att sammanställa IT-kostnaderna före 2007 eftersom ingen gemensam definition av IT-kostnader och inga gemensamma IT-konton funnits. De totala IT-kostnaderna för vården år 2006 uppskattas till 1 081 mkr. Här ingår IT-kostnader för GVD, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och Forum. Fr.o.m. räkenskapsår 2007 gäller den IT-kontoplan som nu ingår i koncernens ekonomihandbok, här särskiljs dock inte vilka personalkostnader som är hänförliga till IT-avdelningarna.

Översynen omfattar även en fördjupad analys av GVD-programmet med avseende på totala kostnader, styrning och uppföljning. Kostnader för nedlagd intern tid har

inte redovisats. Mot bakgrund av genomförd översyn, som även refererar till revisionskontorets rapporter¹, har styrgruppen för GVD-programmet beslutat att tillfälligt "frysa" GVD-programmet. Detta innebär att inga nya projekt påbörjas tillsvidare däremot fortsätter pågående projekt.

Översynen visar också att det inom SLL saknas en verksamhetsplan för IT som utgår från en fastställd strategi, omvandlad till mål för verksamheten.

Revisionskontorets bedömning

Gjorda iakttagelser i översynen stämmer väl överens med revisionens tidigare iakttagelser. Revisionen konstaterade 2003 (rapport nr 18/03) att projektkostnader vad beträffar egen personal inte redovisas på ett enhetligt sätt i landstinget. Likaså visade revisionskontoret på behovet av strategisk styrning och samordning bl.a. i rapporterna "Förutsättningar för styrning och samordning av IT-baserad patientinformation inom SLL" (rapport nr 6/98) samt "Vårdokumentation, samverkan mellan pågående IS/IT-projekt inom SLL" (rapport nr 12/00).

GVD-piloten i Hallstavik

Revisionskontoret har utöver en uppföljning av piloten på plats i Hallstavik följt projektarbetet genom att fortlöpande ta del av projektdokumentationen på den s.k. projektplatsen. Enligt tidigare uppgifter skulle pilottesten vara avgränsad i tiden (från senare delen av februari -07 t.o.m. 07-05-31).

Av den utvärdering som projektet genomfört framgår att denna första version av GVD inte är tillräckligt stabil och saknar en del funktionalitet (sju kända fel och brister kvarstår). Pilotdriften på Hallstaviks Husläkarmottagning fortsätter därför från mitten på september, i enlighet med styrgruppens beslut, med en ny förbättrad version (GVD 1.1). Enligt programdirektören är det inte klart hur GVD-arbetet skall gå vidare efter årsskiftet.

Revisionskontorets bedömning

Av ovanstående framgår att GVD inte är tekniskt stabilt. Till detta kommer att behörighetsadministrationen i GVD 1.1 delvis baseras på uppgifter i den elektroniska katalogen (EK). I revisionskontorets granskning av informationskvaliteten i EK (rapport 36/04) iaktogs allvarliga kvalitetsbrister, föranledda av bristande överensstämmelser i befattningsbenämningarna i landstingets personaladministrativa system (Palett), samt avsaknad av regler för hur en organisation skall beskrivas i EK. Revisionskontoret förutsätter att kvaliteten i EK grundligt ses över.

¹ Koncernperspektiv beträffande IT-området inom SLL med inriktning mot GVD, rapport nr 35/2004;

Upphandling av SLL:s databärande integrationsplattform GVD, rapport nr 42/2004; IT-styrning inom SLL, rapport nr 24/2005;

Den roll som system som t.ex. EK och eTjänstekort (för inloggning) redan har i GVD-piloten visar behovet av tydligt systemägaransvar och systemförvaltningsansvar för landstingsövergripande system.

Arbetet med den Nationella IT-infrastrukturen

Enligt vad 2006 års granskning av GVD visade bedömdes risken för dubbelarbete med avseende på den nationella IT-strategin som liten, förutom eventuellt vad beträffar tekniken, där SLL ligger före i sitt arbete med infrastruktur. Revisionskontoret har följt upp detta inom ramen för årets granskning.

En genomgång har gjorts beträffande vilka IT-relaterade frågor landstingen bör hantera gemensamt. Genomgången har resulterat i en handlingsplan för att utveckla och ta i drift en gemensam IT-infrastrukturplattform. Gemensamma kostnader beräknas till 370 mkr för perioden 2007 – 2009, varav 110 mkr för 2007. För SLL innebär detta en kostnad om 45 mkr 2007.

Revisionskontorets bedömning

Såvitt revisionskontoret kan bedöma, utifrån de uppgifter avdelningschefen för LSF-IT lämnar, bedrivs arbetet med den nationella infrastrukturen på ett ordnat sätt med projektplan för varje projekt.

Informationssäkerhetsområdet

De centrala styrdokumenterna Informationssäkerhetspolicy (fastställd av landstingsfullmäktige 2003-03-11) samt Riktlinjer för informationssäkerhet (fastställd av landstingsstyrelsen 2003-12-16) utgör ett stöd i utformandet av lokala informationssäkerhetsföreskrifter. Landstingets informationssäkerhetschef ansvarar för att aktualiteten i de landstingscentrala styrdokumenterna för informationssäkerhet. En översyn av riktlinjerna planeras 2008.

Mot bakgrund av de incidenter som inträffat inom IT-säkerhetsområdet har revisionskontoret genom kontakter med informationssäkerhetspersonal på de större vårdenheterna samlat in synpunkter beträffande vad som kan och bör förbättras i form av övergripande IT-säkerhet inom SLL. Härvid framhålls det positiva i att SLL har ett gemensamt antivirusprogram och en central förvaltning av detta. Någon operativ samordning av säkerhetsåtgärder beträffande t.ex. versionsuppdateringar av operativsystem finns däremot inte, något som kan medföra att antivirusprogrammet inte får avsedd effekt.

Informationssäkerhetschefen har nu tagit initiativ till en inventering av behoven av programvara för att kartlägga operativsystem och versionsnivåer på dessa i utrustningar anslutna till landstingets nät, för att bedöma behovet av en gemensam lösning. Ett problem utgörs här av datorer med medicinskt teknisk programvara. En del leverantörer av medicinskt teknisk utrustning garanterar inte programvarans funktionalitet vid eventuella uppgradering av operativsystem. Diskussioner har inletts med leverantörer av medicinskt teknisk utrustning och med tillsynsmyndigheterna Socialstyrelsen respektive Läkemiddelsverket för att finna en lösning.

Revisionskontorets bedömning

Eftersom det inom SLL inte finns någon "IT-incidentorganisation" eller rutin för att underrätta informationssäkerhetschefen när det inträffar incidenter, är det svårt att få en samlad bild av informationssäkerhetsnivån inom SLL. Inom vården finns ett avvikelserapporteringsystem (Händelsevis). Detta system förväntas fånga direkt vårdrelaterade informationssäkerhetsincidenter.

Som jämförelse kan nämnas Västra Götalandsregionen (VGR) där det utöver det regelverk som utformas på regionnivå även finns en organisatorisk indelning av informationssäkerhetsshantering i dels administrativa skyddsåtgärder och dels operativa säkerhetsåtgärder². Ett exempel på detta är att VGR i sitt gemensamma nät installerat ett serverbaserat program, Websense, som möjliggör styrning, övervakning och loggning³ av användarnas trafik mot internet. VGR har helt stoppat tillgång till hemsidor med pornografi, vapen etc. Vad beträffar andra diskutabla hemsidor får användaren ett meddelande om att det han/hon gör loggas och att den informationssäkerhetsansvarige har rätt att kontrollera loggarna. SLL har inga motsvarande spärrar i det landstingsgemensamma SLLnet.

Revisionskontorets samlade rekommendationer

Med anledning av gjorda iakttagelser lämnar revisionen följande rekommendationer:

- Redovisning av projektresurser i form av SLL:s egen personal i IT-projekt erfordras för uppföljning av projektkostnader och kostnads/nyttokalkyler inom IT-området.
- Systemägarskap, förvaltningsansvar, kvalitetskrav och ekonomiska förutsättningar behöver tydliggöras för landstingsövergripande informationssystem såsom t. ex. den elektroniska katalogen (EK) och eTjänstekortet.
- Det finns anledning att överväga hur förebyggande operativa informationssäkerhetsåtgärder kan samordnas inom SLL, samt även hur otillbörlig användning av Internet kan förebyggas.
- Rapporteringsansvar och rapporteringsrutin vid säkerhetsincidenter inom IT-området bör klargöras.

4.3 Miljö

I delårsbokslutet kommenterar landstingsstyrelsen miljöarbetet i landstingskoncernen under tre avsnitt: Riktvärden för Miljö Steg 5 i landstingets budget 2007, miljöledningssystem och intern kommunikation kring Miljö Steg 5.

Förvaltningar/bolag skulle i delårsrapporten kort beskriva sitt miljöarbete med fokus på miljöledning och intern kommunikation av Miljö Steg 5.

² VGR tillämpar motsvarande indelning även på fastighetssidan för olika skalskydd som larm etc.

³ Loggning innebär att det skapas spår (loggar) som sparas och går att följa upp i efterhand.

Riktvärden för Miljö Steg 5 i budgeten för 2007

Riktvärden handlar om förnybara drivmedel, lustgasutsläpp, inventeringen av landstingets kemikalieanvändning, miljökonsekvensbedömningar vid beslut samt uppföljning av miljökrav vid upphandling. Riktvärdena finns beskrivna under ”Långsiktig hållbarhet” i SLL:s budget 2007.

Landstingsstyrelsens förvaltnings bedömning om huruvida riktvärdena kommer att nås 2007 framgår nedan:

- 30 % förnybara drivmedel i landstingets transporter kommer att nås på landstingsnivå, även om alla förvaltningar/bolag inte når riktvärdet.
- utsläppen av lustgas från berörda sjukhus, som ska vara reducerade med 55 % jämfört med motsvarande utsläpp 2002, kommer inte att nås.
- alla berörda förvaltningar/bolag ska bidra i arbetet med att inventera landstingets kemikalieanvändning. Arbetet pågår.
- nästan alla förvaltningar/bolag arbetar med rutin för miljökonsekvensbedömning, men i många fall avgränsad till att gälla enbart för större investeringar. Meningen är att sådan rutin ska tillämpas vid alla typer av beslut när så är relevant.
- uppföljning av miljökrav vid upphandling ska förbättras. Färdtjänstnämnden, Karolinska Universitetssjukhuset samt Danderyds sjukhus AB har redovisat insatser som är på gång i detta avseende.

Miljöledning

Landstingets förvaltningar/bolag bibehåller certifikaten för sina miljöledningssystem. Två verksamheter, HR-Service AB (dotterbolag inom SL-koncernen) och Tiohundra AB, är i slutfasen av certifieringsarbetet. Den nybildade Hälso- och sjukvårdsnämnden har ännu inte något miljöledningssystem.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Landstinget har i budget 2007 en uttalad ambition om att SLL ska inta en tätposition i det svenska miljöarbetet. Ambitionen gäller särskilt hållbara trafiklösningar och minskad miljöpåverkan från sjukvården.

Av delårsrapporterna är det svårt att få en samlad bild av hur förvaltningar/bolag ligger till i förhållande till riktvärden för 2007 då inte alla redovisar sådan information. Det fanns heller inget krav på detta i delårsrapporten.

Viktiga områden för fortsatt framgång är att det nya miljöprogrammet preciseras på ett tydligt sätt och att uppföljningen av koncernens miljöarbete fortsätter att utvecklas.

4.4 Omstruktureringsåtgärder

4.4.1 Bakgrund och beslut om regler och rutiner

Landstingsfullmäktige beslutade efter förslag från landstingsstyrelsen i budget 2007 att omstrukturering ska genomföras under 2007. Särskilt fokus läggs på effektivisering och rationalisering av administration och stödfunktioner. I budget-

beslutet fick landstingsstyrelsen i uppdrag att beräkna omställningskostnaderna för samtliga delar av strukturarbetet samt att beakta dessa kostnader i årsbokslutet för 2006. I årsredovisningen för 2006 gjordes en avsättning för omstruktureringsarbetet med 600 mkr.

Revisionen framförde kritik mot tillvägagångssättet i årsrapporten för landstingsstyrelsen 2006. Vidare framfördes att det var väsentligt att ansvarig förvaltnings-/bolagsledning kan visa lönsamhet med de tänkta åtgärderna. Omstruktureringen är ett instrument som ställts till förfogande under denna uttryckliga förutsättning. Det innebär att de kostnader som initialt redovisas skall uppvägas av kommande effektiviseringseffekter.

Landstingsstyrelsen beslutade vid sammanträde 2006-12-19 ”att uppdra åt landstingsdirektören att utreda konsekvenserna av det omställningsarbete som beskrivs i landstingsdirektörens tjänsteutlåtande” daterat 2006-12-05. Tjänsteutlåtandet innehåller förslag till riktlinjer av vilka det framgår att ”För att erhålla särskild avtalspension ska medarbetaren vara 61 år fyllda när den särskilda avtalspensionen träder i kraft och ha arbetat i landstinget minst 10 år under de senaste 20 åren. Anställningen får inte återbesättas. Undantaget är om någon annan medarbetare i SLL kan erbjudas den aktuella tillsvidareanställningen för att undvika uppsägning.” Landstingsstyrelsen har inte beslutat om riktlinjerna.

Det regelverk som tillämpats vid omställningsåtgärderna framgår av ”Regler och rutiner för hanteringen av omställningsåtgärder i samband med strukturförändringar 2007 inom SLL koncernen” som tagits fram av personaldirektören 2007-03-30. Av dessa framgår bl.a. att:

- För att få särskild avtalspension ska medarbetaren vara 61 år fyllda när den särskilda avtalspensionen träder i kraft och ha arbetat i SLL minst 10 år under de senaste 20 åren.
- Medel för omställningen kommer att hanteras av LSF genom strategiska utskottet.
- Beslut om tilldelning av medel fattas av strategiska utskottet liksom eventuella avvikelser från regler och rutiner.

Därutöver finns rutin för hantering av omstrukturering i ekonomihandboken. Rutinen daterad 2007-05-30 överensstämmer med de regler som utarbetats av personaldirektören.

Revisionen har tagit del av protokoll från strategiska utskottet under perioden januari-september år 2007. Vid sammanträde 2007-04-03 har strategiska utskottets ledamöter informerats om ”Regler och rutiner för hanteringen av omställningsåtgärder/strukturförändringar 2007”. Utskottet har inte fattat beslut om regler och riktlinjer för processen.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Revisionen kan konstatera att landstingsstyrelsen inte beslutat om regler och riktlinjer avseende omställningsåtgärder till följd av strukturförändringar.

Det framgår inte av landstingsstyrelsens protokoll att delegation skett till strategiska utskottet avseende beslut om medel och eventuella avvikelser från regler och rutiner avseende omställningsåtgärder till följd av strukturförändringar.

Revisionen kan konstatera att avsaknaden av formella beslut avseende regler och riktlinjer för struktureringsarbetet skapar en otydlighet som försvårar uppföljning och kontroll.

Strategiska utskottet har löpande erhållit lägesrapporter om omställningsarbetet inom SLL. Inga sammanträdesprotokoll innehåller dock uppgift om att Strategiska utskottet fattat beslut om medel och eventuella avvikelser från regler och rutiner.

Med anledning av gjorda iakttagelser lämnar revisionen följande rekommendationer:

- Landstingsstyrelsen bör fatta beslut om regler och riktlinjer avseende omställningsåtgärder till följd av strukturförändringar.

4.4.2 Tillämpning av regler och rutiner

Enligt underlag från landstingsstyrelsens förvaltning uppgår redovisade åtgärder för särskild avtalspension och avgångsvederlag t.o.m. den 20 september 2007 till drygt 220 mkr för hela SLL. Av beloppet avser drygt 183 mkr särskild avtalspension och drygt 37 mkr avgångsvederlag.

Av underlag från personaldirektören framgår att, enligt de avtal som hittills slutits, kommer 18 personer att vara under 61 år när de går i särskild avtalspension. Beloppet för dessa uppgår till drygt 36 mkr.

Enligt ansvariga nyckelpersoner är det upp till respektive förvaltning och bolag att tillse att omstruktureringsåtgärderna leder till effektivisering.

Av yttrande från landstingsstyrelsen över revisionens årsrapport 2006 framgår att omstruktureringsarbetet ”kommer vara helt färdigställt innan 2007 års utgång.” Enligt uppgift kommer i månadsboks slutet för september lämnas redogörelse för omfattningen av omstruktureringsåtgärder samt eventuella avsteg från regler och riktlinjer.

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

Revisionen har noterat avvikelser gentemot de regler och riktlinjer som upprättats av personaldirektören. Enligt ansvariga nyckelpersoner har avvikelserna godkänts av strategiska utskottet. Av protokoll från strategiska utskottet som revisionen tagit del av framgår inte beslut om avsteg från regelverket .

Revisionen kan konstatera att de rutiner och regler som tillämpas inte är lika restriktiva som de i tjänsteutlåtandet 2006-12-05, där tjänster inte fick återbesättas annat än när annan medarbetare inom SLL därmed kunde undvika att bli uppsagd.

Enligt revisionens bedömning kan tillämpade rutiner och regler medföra risk för att effektivisering och rationalisering inte uppnås i den omfattning som ursprungligen avsågs. I delårsbokslutsPM för landstingsstyrelsen framfördes risk för att de av fullmäktige beslutade omstruktureringsåtgärderna inte hinner genomföras fullt ut under 2007, denna bedömning kvarstår.

Med anledning av gjorda iakttagelser lämnar revisionen följande rekommendationer:

- Landstingsstyrelsen bör återrapportera uppnådda effektiviserings- och rationaliseringsvinster i förhållande till fullmäktiges ursprungliga uppdrag.

5. Löpande granskning av intern kontroll och räkenskaper

5.1 Omfattning och inriktning

Revisionen har inför 2007 ändrat principer för bedömningar. Ändringarna har gjorts utifrån kommunallagens krav på uttalanden från revisorerna. Med denna indelning förtydligas underlaget för de förtroendevaldas ansvarsprövning och formulering av revisionsberättelse och granskningsrapport. Förändringen innebär dock att mer exakta jämförelser med tidigare år är svåra att göra. Följande områden bedöms:

- räkenskaper
- intern kontroll (vilket även inkluderar styrning)
- verksamhetens ändamålsenlighet och effektivitet

I denna rapport lämnas preliminära bedömningar avseende den interna kontrollen och räkenskaperna. Slutliga omdömen avges i årsrapporten, tillsammans med kommentarer avseende verksamhetens effektivitet och ändamålsenlighet. Vad gäller kontrollmålen hänvisas till bilaga 2.

5.2 Preliminär bedömning av den interna kontrollen

Revisorernas prövning av om den interna kontrollen är tillräcklig omfattar nämndernas och styrelsernas ledning och kontroll av sin verksamhet. Granskningen av intern kontroll har inriktats mot vad som för den enskilda nämnden och styrelsen anses vara en ändamålsenlig och väl avvägd kontrollnivå.

Revisionen har från och med år 2007 infört en fyrgradig skala för bedömningen av den interna kontrollen vid varje nämnd och styrelse.

Revisionen har i granskningen av styrningen inom HSN, Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB samt Södersjukhuset AB konstaterat att det finns olika tolkningar av förutsättningarna för vårdavtal för 2008. Detta motiverar ytterligare granskningsinsatser när det gäller styrningen vid de berörda verksamheterna men också när det gäller de övergripande styrsystemens tillämpning och funktionalitet. Mot denna bakgrund avstår revisionen i nuläget från att ge ett sam-

lat omdöme om den interna kontrollen kvalitet vid Hälso- och sjukvårdsnämnden, Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB.

För övriga nämnder och styrelser lämnas följande omdömen vid den preliminära bedömningen av den interna kontrollen för år 2007:

	Oaccep- tabel	Ej helt tillräcklig	Tillräcklig	Utmärkt
Intern kontroll	0	4	14	1

Följande avvikelser ligger till grund för omdömet ”ej helt tillräcklig”:

- För AB Storstockholms Lokaltrafik bedöms den interna kontrollen preliminärt som **ej helt tillräcklig**. Detta beror bland annat på brister vad gäller ansvar och befogenheter, struktur för avtalshantering och intern kontrollplan.
- För Kulturnämnden bedöms den interna kontrollen preliminärt som **ej helt tillräcklig**. Detta beror bland annat på brister i hanteringen av konsten, behov av att uppdatera vissa administrativa kontroller samt avsaknad av intern kontrollplan.
- För Regionplane- och trafiknämnden bedöms den interna kontrollen preliminärt som **ej helt tillräcklig**. Detta beror bland annat på att kontrollen över IS/IT samt lönerutinerna behöver stärkas.
- För Sjukvården inom Salem, Nykvarn och Södertälje bedöms den interna kontrollen preliminärt som **ej helt tillräcklig**. Detta beror på att åtgärder ej vidtagits med anledning av ett prognostiserat underskott.

Följande bedömning ligger till grund för omdömet ”utmärkt”:

- För AB Stockholms läns landstings Internfinans bedöms den interna kontrollen preliminärt som **utmärkt**. Detta beror på välutvecklade administrativa rutiner och god kontroll över de finansiella processerna.

Sammantaget bedöms den interna kontrollen inom SLL preliminärt som tillräcklig.

5.3 Preliminär bedömning av räkenskaperna

Revisorernas prövning av om av räkenskaperna är rättvisande omfattar nämndernas och styrelsernas redovisningssystem, löpande redovisning och delårsbokslut.

Vid revisionens översiktliga granskning av delårsbokslutet för alla nämnder och styrelser inom Stockholms läns landsting, har inga iakttagelser framkommit som tyder på att delårsrapporten inte ger en i allt väsentligt rättvisande bild av resultat och ställning för koncernen Stockholms landsting per 2007-06-30.

Revisionen har från och med år 2007 infört en tregradig skala för bedömningen av räkenskaperna vid varje nämnd och styrelse. Följande omdömen har lämnats vid den preliminära bedömningen av räkenskaperna för år 2007:

	Icke Rättvisande	Ej helt rättvisande	Rättvisande
Räkenskaper	0	0	23

Sammantaget bedöms räkenskaperna inom SLL preliminärt som rättvisande. Den löpande ekonomiska redovisningen, delårsbokslut och kortperiodisk rapportering har hållit tillfredsställande kvalitet.

5.4 Interna kontrollplaner

Landstingsfullmäktige (LF) beslutade den 13 december år 2005 om "Intern kontroll – policy och reglemente för Stockholms läns landsting och bolag". Av policydokumentet framgår att en tydlig ansvarsfördelning för den interna kontrollen. Respektive nämnd/styrelsen har ansvar för att utforma en god intern kontroll inom sitt respektive verksamhetsområde med utgångspunkt i beslut fattade av fullmäktige och landstingsstyrelsen. Landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för att skapa en organisation för intern kontroll och att följa upp att styrning och kontroll fungerar tillfredsställande. Vidare ansvarar landstingsstyrelsen för uppföljning av policy och reglemente för intern kontroll.

Vid den löpande granskningen av de interna kontrollplanerna vid nämnder och styrelser inom SLL har revisionen noterat att följande nämnder och styrelser ännu inte har fastställt någon intern kontrollplan:

- AB Storstockholms Lokaltrafik
- Ambulanssjukvården i Stockholm AB
- Folktandvården AB,
- Färdtjänstnämnden
- Kulturnämnden
- MediCarrier AB
- Stiftelsen Clara

Revisionskontorets bedömning och rekommendationer:

- Det är angeläget att landstingsstyrelsen preciserar hur det ska säkerställas att nämnder och bolag säkerställer en god intern kontroll och att kontrollplaner utarbetas i enlighet med fullmäktiges beslut.

5.5 Ledningsnära kostnader/särskilda förtroendefrågor

Representationskostnaden per 2007-08-31 uppgick till 20,6 mkr varav 18,3 mkr avsåg personalrepresentation och 2,2 mkr övrig representation. Representationskostnaderna utgör ca 0,05% av verksamhetens kostnader (36 373 mkr) per 2007-08-31.

Granskning av intern och extern representation, resor, kurser, konferenser och ledningsnära kostnader har skett i samband med den löpande granskningen av alla nämnder och styrelser inom SLL.

Granskningen har genomförts med avseende på efterlevnaden av landstingsstyrelsens policy och regler för representation, resor, kurser och konferenser inom SLL.

Sammantaget bedöms efterlevnaden av landstingsstyrelsens regelverk som i huvudsak tillfredsställande. Vid den stickprovsvisa granskning har smärre avsteg från landstingsstyrelsens regelverk iakttagits vid flera nämnder och styrelser.Utförlig rapportering lämnas till respektive nämnd och styrelse. Vid granskningen har följande avvikelser noterats i ett fåtal fall:

- det saknas uppgift om syfte och deltagare vid representation,
- det saknas syfte, program och deltagarförteckning vid konferenser,
- det saknas beslut och syfte med tjänsteresa,
- avvikelser från de skattemässiga reglerna avseende avdragsgill representation,
- attest av egna kostnader har skett,
- kostnader har bokförts på felaktigt konto.

6. Granskningen av Landstingsstyrelsens delårsrapport

Delårsrapporten för Stockholms läns landsting har i enlighet med landstingsfullmäktiges beslut tidigare lagts till 2007-06-30. Landstingsfullmäktige har behandlat delårsrapporten vid sammanträde 2007-09-11.

Delårsrapporten har upprättades i enlighet med tidplan. Vid revisionens översiktliga granskning har inga iakttagelser framkommit som tyder på att delårsrapporten inte ger en i allt väsentligt rättvisande bild av resultat och ställning för koncernen Stockholms landsting per 2007-06-30.

Enligt revisionens bedömning ger delårsrapporten en bättre överblick av verksamhetsutvecklingen inom vård och trafik än tidigare. De verksamhetsmässiga målen behöver dock utvecklas med en klarare koppling till kravet på god ekonomisk hushållning. Vidare bör den samlade avrapporteringen av fullmäktige givna mål och uppdrag vidareutvecklas, för att underlätta uppföljningen av hur ansvariga styrelser och nämnder har verkställt givna mål och uppdrag. Det åvilar landstingsstyrelsen att tydliggöra ansvaret och följa upp verkställighet för de uppdrag där ansvaret inte framgår av fullmäktiges budget.

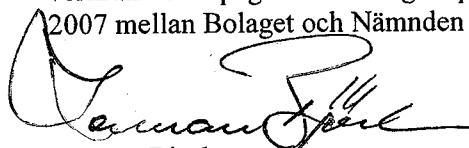
Revisionens iakttagelser och rekommendationer har avrapporterats i PM – Granskning av delårsrapport för Landstingsstyrelsen år 2007 daterad 2007-08-22.

7. Granskningen av Tiohundra AB och TioHundranämnden

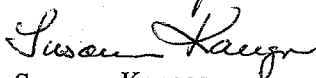
För såväl Tiohundranämnden som Tiohundra AB noteras underskott.

Tiohundra nämnden redovisar en negativ årsprognos på 16 mkr, varav ca 12 mkr avser köp av specialistvård utanför Norrtälje samt 4 mkr för köp av privat omsorg. Kö till särskilt boende är ungefär på samma nivå som tidigare. Inga viten har hittills utbetalats men risken kvarstår.

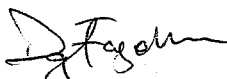
Tiohundra AB redovisar också en negativ årsprognos på 15 mkr, en avvikelse från budget med 23,5 mkr. De huvudsakliga förklaringarna till resultatförsämringen är att kostnaderna för pensioner ökar med ca 13 mkr och kostnader (8,5 mkr) för anpassning av omsorgen till nya förutsättningar. Produktionsmålen för verksamheten bedöms i huvudsak komma att nås för sjukvården. För omsorgsverksamheten pågår utveckling av prestationsersättning och kvalitetsmål. Avtal 2007 mellan Bolaget och Nämnden undertecknades i augusti 2007.



Lennart Björk
revisionsdirektör



Susanne Kangas
bitr. revisionsdirektör



Dag Fagerhem
enhetschef



Ralf Jonsson
enhetschef

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer

Granskningsår	Rekommendation	Skall vara åtgärdat år	Åtgärdat			Kommentar
			Ja	Nej	Delvis	
2005	Utveckla den samlade redovisningen av fullmäktige givna mål och uppdrag. Bör bl.a. framgå hur väl resultatenheter uppfyller mål och uppdrag i förhållande till budget.	2006		X		I årsredovisningen 2006 fanns det fortfarande brister i detta avseende.
2005	Förbättra redovisningen av vårdens kvalitet och tillgänglighet.	2006			X	Saknades återrapportering till fullmäktige i årsredovisningen 2006.
2005	Förbättra styrningen och redovisningen av den psykiatriska verksamheten.	2006			X	I första hand har detta skett inom SLSO.
2005	Förbättra tillförlitligheten i personaldata.	2006	X			Finns organisation och rutiner för ett löpande kvalitetssäkringsarbete.
2005	Utveckla investeringsavsnittet i förvaltningsberättelsen med t.ex. analys av framtida investeringsbehov.	2006			X	Avser årsredovisningen.
2005	Utveckla miljöavsnittet i förvaltningsberättelsen, bör t.ex. innehålla tidsplan för pågående och planerade åtgärder samt identifierade kostnader för dessa.	2006		X		Avser årsredovisningen.
2005	I budgetberedningen för kommande år bör beaktas att det egna kapitalet på längre sikt ska täcka hela pensionsåtagandet, d.v.s. även ansvarsförbindelsen.	2006		X		Det egna kapitalet i årsredovisningen 2006 uppgick till – 632 Mkr.
2005	Förvaltningsberättelsen bör innehålla analys om hur kostnaderna för de kraftigt ökande framtida investeringarna och pensionsutbetalningar ska hanteras.	2006		X		Avser årsredovisningen.
2005	Tillse att kostnader för omställningsåtgärder är korrekt klassificerade.	2006		X		Avser årsredovisningen.
2005	Tillse att rek nr 10 från RKR är uppfyllt vid avsättning.	2006		X		Avser årsredovisningen.
2005	Utveckla finansieringsanalysen i enl. med rek nr 16 från RKR.	2006			X	Delvis åtgärdat i årsredovisningen 2006 genom nytt avsnitt i förvaltningsberättelsen.
2005	Det fordras en gemensam strategi och standard för personalstatistik på operativ och strategisk nivå.	2006			X	En översyn av organisationen har påbörjats.
2005	Revidera och komplettera SLL:s upphandlingspolicy med avseende på risk för mutor, bestickning, jäv, etc.	2006		X		
2006	Skriftligt bör överenskommelser/avtal upprättas där ansvars- och säkerhetsfrågor klart framgår mellan part som köper och part som levererar IT-tjänster.				X	Införande pågår av branschstandard för denna typ av överenskommelse samt även för rutiner för uppföljning och kontroll utifrån landstingets internkontrollanvisningar och motsvarande metoder inom IT-området.

Gransk- nings- år	Rekommendation	Skall vara åtgärdat år	Åtgärdat			Kommentar
			Ja	Nej	Del- vis	
2006	Bör beslutas om kriterier för fördelning av personalgruppen vid TioHundra AB.	2006		X		Avser årsredovisningen.
2006	Redovisningen av TioHundra AB:s personalstatistik och ekonomi bör ske på ett enhetligt sätt.	2007		X		Avser årsredovisningen.
2006	Årsredovisningen bör innehålla redovisning av utvecklingen av den finansiella situationen på längre sikt.	2007		X		Avser årsredovisningen.
2006	Utarbetandet av den långsiktiga investeringsstrategin bör avslutas.	2007			X	Beslut kommer att fattas under hösten år 2007.
2006	I årsredovisningen 2006 gjordes avsteg från SKL:s rekommendationer avseende personsberäkningarna som innebär principiella ställningstaganden. LS bör därför klargöra vilken policy som ska tillämpas framöver i dessa frågor.	2007		X		Avser årsredovisningen.
2006	Jämförelsestörande poster redovisades för första gången i årsredovisningen 2006. LS bör fastställa tydliga principer för vad som framöver ska betraktas som jämförelsestörande poster. Förändringar i redovisningsprinciper bör hanteras före bokslutsprocessen	2007		X		Avser årsredovisningen.
2006	Jämförelsestörande poster bör identifieras och hanteras i god tid inför bokslutsprocessen.	2007		X		Avser årsredovisningen.
2006	Nuvarande ägarpolicy och -direktiv bör kompletteras med att tydliggöra ansvar, roller, styrformer, mm	2007			X	Arbete pågår.
2006	Bolagsordningen för AB SL bör ses över eftersom landstinget inte kan lämna över ansvaret som trafik-huvudman.	2007		X		
2006	Styrfrågorna för AB SL behöver klarläggas vad gäller relationen mellan AB SL, fullmäktige och den centrala landstingsledningen.	2007		X		Förslag till specifika ägardirektiv finns men har ej beslutats av bolagsstämman.
2006	En strategi bör utvecklas för att få en samordnad syn på landstingets samlade fastighetsbestånd utifrån ett koncernperspektiv.	2007		X		
2006	Det är viktigt att LS fortsätter att utveckla former för styrning och uppföljning av Miljö steg 5.	2007			X	
2006	Vid utvärderingen av styrmedlens effektivitet bör ingå en analys av hur det har fungerat att begära in en miljöprestanda via beställarorganisationen.	2007			X	Arbete pågår med utvärdering av styrmedel i miljösteg 4.
2006	Angeläget att LS tillsammans med ledningen för Norrtälje kommun finner fungerande former för samordning av styrning av uppdrag, uppföljning och redovisning för Tiohundra-nämndens verksamhet.	2007		X		
2006	Av redovisning i förvaltningsberät-	2007		X		Avser årsredovisningen.

Gransk- nings- år	Rekommendation	Skall vara åtgärdat år	Åtgärdat			Kommentar
			Ja	Nej	Del- vis	
	telsen bör investeringarna per resultatenhet framgå på samma sätt som i den av fullmäktige beslutade investeringsbudgeten.					
2006	Årsredovisningen bör kompletteras med resultat- och balansräkning som överensstämmer med upp- ställningen i den av fullmäktige beslutade budgeten.			X		Avser årsredovisningen.

Kontrollmål för 2007

Kontrollmål för intern kontroll

Nämndens/styrelsens system för styrning, uppföljning och kontroll bygger på en helhetssyn på den kommunala verksamheten och säkerställer en ändamålsenlig styrning, ett effektivt resursutnyttjande och en tillräcklig säkerhet inom nämndens/styrelsens organisation och verksamhet.

1. Nämnd/styrelse har fastställt en ändamålsenlig organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter som säkerställer att gällande lagar, avtal, regler, policies och riktlinjer följs.
2. Nämnd/styrelse har en fastställd budget/verksamhetsplan med mätbara mål (ekonomi, verksamhet och kvalitet) som överensstämmer med fullmäktiges beslut om mål, uppdrag och budget/resultatkrav.
3. Nämnd/styrelse i en beställar-/utförarorganisation tecknar avtal /överens-kommelse med fastställda mål.
4. Nämnd/styrelse har administrativa kontroller och rutiner som säkerställer att aktuella lagar, regler, policies och riktlinjer är kända av samtliga berörda.
5. Nämnd/styrelse följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi, verksamhet och kvalitet. Nämnden/styrelsen analyserar och kommenterar väsentliga avvikelser och vidtar åtgärder vid behov samt följer upp att beslutade åtgärder vidtas och får förväntade effekter.
6. Nämnd/styrelse fastställer årligen en intern kontrollplan utifrån en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys samt vidtar åtgärder i de fall det finns brister i den interna kontrollen.
7. Det finns en systematisk/regelbunden utvärdering av styrningen, inklusive nämndens/styrelsens eget arbete. Tydliga system för identifiering och hantering av avvikelser finns och tillämpas.

Kontrollmål för räkenskaper

Bedömningen av att räkenskaperna är rättvisande innefattar följande områden:

- Redovisningssystem
- Löpande redovisning
- Delårsbokslut (resultaträkning, balansräkning, finansieringsanalys, noter)
- Årsbokslut (resultaträkning, balansräkning, finansieringsanalys, noter)

Kontrollmål:

1. Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med gällande lagstiftning och god kommunal redovisningssed.
2. Nämndens/styrelsens årsbokslut ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Granskning sker i huvudsak genom kontroll av klassificering, periodisering, underlag, rutiner, m.m. och överlappar till viss del granskningen av den Interna kontrollen. Exempel på sådan granskning kan vara redovisning som rör investeringar, personal, inventarier, pensioner, leasing, omställningsåtgärder.