

Årsrapport 2021

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)

Styrelsen
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB**ÅRSRAPPORT 2021**
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2022-03-31 att överlämna rapporten till styrelsen för Ambulanssjukvården i Storstockholm AB för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2022-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Kronic
Sekreterare
Digital signering

Sammanfattning – AISAB

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 2021

	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

Bolagets ekonomi har under året påverkats i stor utsträckning av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 15,3 mnkr. Fullmäktige har beslutat att effekten av förändringen av diskonteringsräntan¹, som för bolaget uppgår till 3,5 mnkr, ska undantas vid avstämningen av resultatkravet. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till 18,8 mnkr, vilket är 9,8 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Bolaget har haft 5 mnkr i coronarelaterade merkostnader, som fullt ut har täckts av bidrag. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Coronapandemin har haft stor påverkan på styrelsens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål och genomföra fullmäktiges uppdrag. För de mål som gått att bedöma har inriktningsmålen En hållbar regional utveckling samt Hållbar arbetsgivare delvis uppnåtts. Bolaget har under pandemin prioriterat arbetet med indikatorn *Tillgänglighet* (till ambulans), vilken uppnås.

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

Intern styrning och kontroll

Styrelsens interna styrning och kontroll av verksamheten har under året påverkats i mindre utsträckning av den pågående coronapandemin. Revisionen har bland annat granskat hur styrelsen tar ansvar för krisberedskap. Revisionen bedömer att styrelsen bör utveckla sitt arbete genom att uppdatera

¹ Diskonteringsräntan beslutas årligen av Finansinspektionen och används i nuvärdesberäkningen av bolagens pensionsförpliktelser.

krisberedskapsplanen mot bakgrund av erfarenheterna från pandemin samt upprätta en kriskommunikationsplan i enlighet med fullmäktiges anvisningar. Styrelsen bör även säkerställa att de specifika ägardirektiven antas av bolagsstämman, så att det blir tydligt att regionens aktuella styrdokument ska tillämpas för bolaget.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara 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	4
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	5
2.1	Ekonomiskt resultat	5
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	7
3	Intern styrning och kontroll	11
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	11
3.2	Intern kontroll	12
3.3	Bisysslor och jäv	12
3.4	Krisberedskap	14
3.5	Forensisk omvårdnad	17
3.6	Hållbarhetsrapportering	19
3.7	Löneprocessen	19
3.8	Avrapporterade granskningar i delrapport	20
3.9	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	21
3.10	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	21
4	Räkenskaper	22
4.1	Årsredovisningen	22
4.2	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	22
	Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till styrelsen	
	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.

Styrelsen för Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB) ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för att utföra ambulanssjukvård, interhospitala transporter² och transport av avlidna åt Region Stockholm. Verksamheten ska omfatta de tjänster som i avtal överenskommit med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare. Enligt ägardirektivet ska AISAB samverka med huvudmannen/hälso- och sjukvårdsnämnden, regionens övriga prehospitala vård, närsjukvård, akutsjukvård, sjukvårdsrådgivning samt prioriterings- och dirigerings-tjänsten för att säkerställa snabbt omhändertagande, god vård och säker transport av sjuka och skadade till rätt vårdnivå. AISAB ska även ansvara för ett kliniskt träningscentrum för den regionfinansierade ambulanssjukvården och samverkande aktörer, bedriva och medverka i forskning och utveckling och bidra till en evidensbaserad prehospital vård i Region Stockholm. Bolaget ska bedriva utbildning och ta emot studenter från de lärosäten som Region Stockholm har tecknat avtal med.

Revisionen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen, regionens regler och anvisningar, riktlinjer för samordnad revision och bolagsrevision inom Region Stockholm samt god revisions sed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har lekmannarevisorerna biträttats av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Liv Ahlgren m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Jenny Göthberg vid EY.

Lekmannarevisorernas uppdrag är att granska om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Detta 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. Den auktoriserade revisorn granskar räkenskaperna och styrelsens och verkställande direktörens (vd) förvaltning. Den interna styrningen och kontrollen granskas gemensamt.

Under granskningsåret har ömsesidig information och samverkan skett mellan bolagets lekmannarevisorer och dess auktoriserade revisor.

² Transporter mellan sjukhus

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om styrelsen och vd uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om styrelsen och vd 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 2021	Bokslut 2021	Bokslut 2020
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	424	458	474
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 415	-443	-443
- varav omställningskostnader	-	-	-
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	9	15,3	30,5
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	5	36
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	- 5	- 36
Effekten av förändring av diskonteringsräntan	-	3,5	-
Justerat resultat	-	18,8	30,5
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	0	0
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-15,7	-30,8
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt³		-0,5	-0,3
Balansomslutning (mnkr)	185	214	233
Årsarbetare (antal)	405	449	421

2.1.1 Resultat 2021

Bolagets resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 15,3 mnkr. Styrelsens coronarelaterade merkostnader under 2021 uppgår till 5 mnkr, vilket fullt ut täcks av bidrag.

Fullmäktige har beslutat att effekterna av förändringen av diskonteringsräntan som används vid nuvärdesberäkning av bolagens pensionsavsättningar ska exkluderas i samband med avstämningen av resultatkravet. Styrelsens

³ Resultat efter bokslutsdispositioner och skatt är lika med resultatet före bokslutsdispositioner och skatt med hänsyn tagen till lämnade/erhållna skattemässiga koncernbidrag.

kostnader till följd av förändringen av diskonteringsräntan uppgår till 3,5 mnkr.

Styrelsen resultat uppgår till 18,8 mnkr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och bidrag samt effekten av ändrad diskonteringsränta. Detta är 9,8 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen lämnar bolaget dessutom ett koncernbidrag på ca 16 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -0,5 mnkr. I den fortsatta analysen utgår revisionen från det justerade resultatet (18,8 mnkr) som används vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav.

2.1.2 Jämförelse med budget 2021

Verksamhetens **intäkter** uppgår till 458 mnkr, vilket är 34 mnkr (8 procent) högre än budgeterat. Sålda primärtjänster överstiger budget med ca 18 mnkr, övriga intäkter med ca 12 mnkr och posten erhållna bidrag med 5 mnkr. Posten Sålda primärtjänster avser intäkter som utgår enligt avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden och posten Övriga intäkter avser bl.a. ersättning för utbildning samt bonus enligt avtal.

Högre intäkter är i huvudsak hänförligt till att antal uppdrag varit fler än budgeterat med högre rörlig ersättning, ersättning för driftsatta extraenheter och ersättning för coronarelaterade merkostnader. Bonus, enligt avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden, om 3,7 mnkr med anledning av låg nivå under året av timanställda medarbetare är också del av de högre intäkterna.

Verksamhetens **kostnader**, *exkl. avskrivningar och finansiella poster*, uppgår till 422 mnkr, vilket är 25 mnkr (ca 6 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är ca 15 mnkr hänförligt till kostnader för personal; pensionsrelaterade kostnader⁴, lönekostnad för övertid, men också att AISAB kunnat nyanställa fler under året samtidigt som bolaget har behållit tidigare anställda. Under året har bolaget dock haft lägre kostnader för övertidsersättning men också skyddsutrustning jämfört med föregående år.

Kostnaderna för Köpta primära sjukvårdstjänster överstiger budgeten med ca 4 mnkr och är i huvudsak hänförligt till driftsättning av ytterligare en psykiatriambulans. Materialkostnader överstiger budget med cirka 6 mnkr. Det senare med anledning av högre kostnad för skyddsutrustning än budgeterat.

De coronarelaterade merkostnaderna uppgår till 5 mnkr, vilket fullt ut täcks av bidrag. Merkostnaderna består bland annat av skyddsmaterial och extra

⁴ Höga personalkostnader 2021 härleds bland annat till ökat antal anställda men också ökat pensionsavsättningar som beror på att KPA justerat antaganden (t.ex. antagande om livslängder) som får effekt på bolagets pensionskostnad.

kostnader i samband med vaccinering av medarbetare inom den prehospitala verksamheten.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i styrelsens verksamhetsberättelse.

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 29 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 28 mnkr. Bolaget har bland annat införskaffat 14 nya fordon. Budgetavvikelsen beror på att medicinsk-teknisk utrustning med montering till de nya ambulanserna blev dyrare än beräknat.

Bedömning av ekonomiskt resultat

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

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Måluppfyllelse

Regionledningskontoret har i anvisningar för verksamhetsberättelsen angett att indikatorer som inte går att mäta på grund av coronapandemin inte ska ingå i målbedömningen, men att styrelsen ska redogöra för samtliga mål och indikatorer i sin verksamhetsberättelse.

För de fullmäktigemål som gått att mäta har målen uppnåtts⁵ när det gäller ett av tre inriktningsmål (Långsiktig ekonomisk uthållighet⁶). De övriga två inriktningsmålen; En hållbar regional utveckling⁷ och Hållbar arbetsgivare⁸, uppnås delvis. Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

Hållbar regional utveckling

Inriktningsmålet *En hållbar regional utveckling* uppnås delvis. Nedan följer en sammanfattning av utfallet för några av delmålen.

Delmålet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet* med den bolagsspecifika indikatorn ”tillgänglighet” uppnås. Indikatorn Tillgänglighet har för året ett utfall på 99,4 procent jämfört med målet som ligger på 99,5 procent. På grund av pandemin har i likhet med 2020 en s.k. omfallsplan tillämpats vilket bland annat inneburit lägre krav avseende tillgänglighet och kompetenskrav för

⁵ Ett mål anses, enligt regionledningskontoret, uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden.

⁶ Delmål: Ett resultat i balans, Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar, Hållbar investeringsutveckling

⁷ Delmål: En hälso- och sjukvård av god kvalitet, Social hållbarhet, Region Stockholms klimatpåverkan ska minska, Region Stockholms miljöpåverkan ska minska, Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar, Kärnverksamheten ska prioriteras, Hög innovations- och digitaliseringsgrad.

⁸ Delmål: Attraktiv arbetsgivare, Systematisk kompetensförsörjning

vägburen akutambulans⁹. För året som helhet uppnås målet om tillgänglighet sänkt som på 0,1 procent.

Delmålet *Kärnverksamheten ska prioriteras* uppnås delvis då en av två indikatorer¹⁰ uppnås. Delmålet indikator som avser att bolaget ska minska administrativa kostnader från föregående år uppnås dock inte. Utfallet för 2021 är 10 procent jämfört med målvärdet 8 procent. Styrelsen kommenterar i sin verksamhetsberättelse utfallet med att det finns svårigheter med att mäta och redovisa administrationskostnaderna. Vidare förklaras att ökade administrationskostnader i huvudsak beror på att serviceförvaltningen debiterar bolaget för sina kostnader utan att fullmäktige gett bolaget motsvarande finansiering genom budget.

Delmålet *Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar* uppnås i sin helhet. Relaterat till detta delmål har revisionen översiktligt granskat bolagets krisberedskap vilket redovisas i avsnitt 3.4.

Fullmäktiges mål för delmålet *Hög innovations- och digitaliseringsgrad* är att bolagets innovationsgrad ska öka jämfört med föregående år vilket uppges inte skett. Det redovisas till exempel ett lägre utfall än målnivå avseende indikatorn *Grad av digital mognad* inom ovan nämnda delmål.

Styrelsen beskriver i verksamhetsberättelsen att bolaget ännu inte infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt. Under 2021 har ett arbete med att inventera innovationsmognaden gjorts och bolaget har bedömt att denna behöver utvecklas. Under 2022 avser bolaget att skapa metoder och verktyg för att arbeta systematiskt med innovation samt tydliggöra roller och ansvar kring innovationsarbetet.

För delmålen som relaterar till miljö och klimat, *Region Stockholms klimat- respektive miljöpåverkan ska minska*, redovisas flertalet aktiviteter som anknyter till respektive delmål och som ska medverka till att inriktningsmålet *En hållbar regional utveckling* ska uppnås. Bolaget uppger bland annat att det finns ett utvecklingsarbete avseende inköp av fordon som uppfyller miljökrav avseende förnyelsebara bränslen samt effektiviserad energianvändning i lokaler. Dock uppfylls delmålen inte i sin helhet eftersom indikatorer som relaterar till delmålen redovisar ett lägre utfall än målvärdet.

⁹ Tillgänglighetskraven kan sänkas till 90 procent om det finns risk att kraven om tillgänglighet inte kan uppnås i det ansträngda läget (maa, bemanning etc.). Utförarna av den prehospitala vården i Region Stockholm kan bli återbetalningsskyldiga eller få viteskrav om tillgänglighetsmålen inte nås.

¹⁰ Administrationens andel av kostnaderna; Andel lagakraftvunna domstolsavgöranden där Region Stockholm har vunnit

Hållbar arbetsgivare

Den pågående pandemin har också påverkat måluppfyllelsen för inriktningsmålet *Hållbar arbetsgivare* vilket omfattar delmålen *Attraktiv arbetsgivare* och *Systematisk kompetensförsörjning*.

Delmålet *Attraktiv arbetsgivare* uppnås inte. Delmålet utgörs av sju indikatorer bland annat fyra indikatorer för *Hållbart Medarbetarengagemang: Motivation, Ledarskap, Styrning och Total* (sammanvägd nivå) där ingen av de fyra indikatorerna uppnår önskat målvärde. I styrelsens verksamhetsberättelse framkommer ingen information eller analys om utfallet. I komplettering uppger bolaget att ingen helhetsanalys ännu gjorts av utfallet, men att pandemin (med bl.a. hög arbetsbelastning) troligen bidragit till lägre grad av motivation bland medarbetarna. Även utfallet för indikatorn ledarskap beror troligen på pandemin, eftersom det fanns behov av utökat ledarskap initialt i pandemin. Av verksamhetsberättelsen framkommer att man under året arbetat med ledarskap bland annat genom att utöka antalet chefstjänster för att möta behovet av ökad chefsnävaro samt arbetat med kompetenshöjande utbildningar i ledarskap hos samtliga chefer.

Övriga tre indikatorer inom delmålet uppnås inte heller. För indikatorn *Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete*¹¹ redovisas ett utfall på 44 procent jämfört med det önskade målvärdet 0 procent. För indikatorn *Andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet* redovisas ett utfall om 9 där målvärdet har varit att utfallet i relation till föregående år ska minska alternativt vara 0. För indikatorn *Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid* redovisas ett utfall på 9 procent jämfört med målvärdet 0 procent. AISAB förklarar att sjukfrånvaron generellt minskat något från föregående år, men att sjukfrånvaro på lång sikt ökat vilket kan bero på att medarbetare haft en tung arbetsbelastning med anledning av pandemin.

Delmålet *Systematisk kompetensförsörjning* består bland annat av indikatorn om en personalomsättning under 10 procent. Målvärdet nås i och med att personalomsättningen för året är 7 procent vilket också är en lägre personalomsättning jämfört med föregående år då utfallet var 13 procent. Indikatorn för *Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön* uppnås inte. Under 2021 startade tolv medarbetare, och blev färdiga med, sin specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning ambulanssjukvård vilket är två fler än föregående år. Detta är dock inte fullt ut i nivå med fullmäktiges mål för indikatorn, 14 st.

2.2.2 Uppdrag från fullmäktige

AISAB har under 2021 haft följande uppdrag från regionfullmäktige: *Sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021* och uppdraget om *Kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin*.

¹¹ Revisionen har granskat styrelsens systematiska arbetsmiljöarbete mot hot och våld.

Uppdraget om att bli en så kallad USV-enhet¹² har pågått sedan 2018 och beskrivs också i följande avsnitt.

Uppdrag om minskning av administrativa kostnader

Revisionen har under året särskilt granskat fullmäktiges uppdrag om minskning av administrativa kostnader. Styrelsen prognostiserade i sin delårsrapport att uppdraget inte skulle vara genomfört vid årets slut, vilket överensstämmer med utfallet i verksamhetsberättelsen. Anledningen till att uppdraget inte har kunnat genomföras i sin helhet beror enligt styrelsen på att bolaget har höga administrativa kostnader relaterat till tjänster köpta av serviceförvaltningen. Ökningen av administrativa kostnader är också hänförligt till att bolaget vuxit under ett antal år med bland annat fler uppdrag och större verksamhet.

Kostnadssänkande åtgärder, lärdomar av nya arbetssätt under pandemin

Styrelsen beskriver i sin verksamhetsberättelse att uppdraget om *Kostnads-sänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin* bland annat handlat om att satsa på digitala lösningar för utbildning, vilket AISAB uppger på sikt kommer att reducera kostnader. AISAB beskriver också att implementeringen av it-verktyget ”Fordonskontroll” ska bidra till minskande kostnader med förbättrat utnyttjande av ambulansfordon och minskat behov av verkstadsbesök.

Uppdrag om USV-enhet

AISAB har sedan 2018¹³ haft i uppdrag från fullmäktige att bli en så kallad USV-enhet, dvs. att bli en universitetssjukvårdsenhet och inom begreppet universitetssjukvård verka för att verksamheten inkluderas i forskning och utbildning tillsammans med andra vårdaktörer samt Karolinska Institutet. Uppdraget har sedan start inte haft någon finansiering. AISAB uppger att arbetet med uppdraget fortsatt även under 2021 och att bolaget under året erhållit 0,5 mnkr till detta från regionstyrelsen. Full finansiering har dock inte uppnåtts och arbetet med att skapa kontinuerlig basfinansiering fortsätter.

2.3 Produktion och produktivitet

Produktionen har varit *något* lägre än budget. I jämförelse med föregående år ligger den sammantagna vårdproduktionen och beredskapstimmarna var för sig dock drygt 4 procent högre.

Ambulansuppdrag avviker från budget med knappt 0,2 procent. AISAB uppger att antal ambulansuppdrag skulle vara fler än budget om så kallade avbrutna uppdrag hade ingått i statistiken. AISAB erhåller enligt avtal dock ersättning för alla uppdrag som genomförs inklusive de avbrutna uppdragen.

¹² Universitetssjukvårdsenhet

¹³ Målinriktad forskning, innovation och digitalisering, LS 2017- 0452

Transport av avlidna avviker med 7 procent vilket förklaras av minskat antal uppdrag under året.

Avseende antal beredskapstimmar redovisar bolaget ett utfall på cirka 4 procent lägre än budget (utfall 252 932 timmar jämfört med budget om 262 815 timmar).

I likhet med föregående år har bolaget inte mätt någon produktivitet/produktivitetsutveckling. Under 2020 mättes ingen produktivitet med anledningen av pandemin. Då konstaterade bolaget att det totala antalet uppdrag ökat med närmare 5 procent samtidigt som tillgänglighetsmålet på 99,5 procent uppnåddes vilket i sin tur kunde visa på högre produktivitet jämfört med budget. För 2021 uppger bolaget att det är svårt att beräkna och redovisa produktivitet mot bakgrund av att AISAB har många extraenheter och extra uppdrag. Styrelsen framför i sin verksamhetsberättelse att tillgängligheten som redovisas över året samt positivt ekonomiskt resultat dock kan visa på hög produktivitet.

Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen konstaterar att pandemin haft stor effekt på styrelsens möjligheter att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet för mål och uppdrag. Revisionen konstaterar dock att vårdproduktion och tillgänglighet uppnås i hög grad vilket delvis beror på ett högt uttag av övertidstimmar av bolagets medarbetare.

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur styrelsen och vd tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regel efterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3. Granskningen har genomförts av revisionskontoret och auktoriserad revisor.

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Styrelsen har haft fem sammanträden under året. Vid styrelsemötena föreleder vd eller andra tjänstemän ur förvaltningsledningen muntligen eller skriftligen information till styrelsens ledamöter och redogör för bolagets verksamhet och ekonomi. I likhet med föregående år har information till stor del handlat om pandemin.

Styrelsen har i delrapporten för 2021 prognostiserat årets resultat till 13,5 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnaderna och intäktsbortfall samt effekten av förändringen av diskonteringsräntan. Resultatet för helåret justerat för ovannämnda poster blev 5 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Detta beror bland annat på att bolaget fått den bonus på 3,7 mnkr

som finns i avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden och som kan utbetalas när bolaget redovisar ett lågt antal timanställda medarbetare för året.

3.2 Intern kontroll

Styrelsen fastställde den 9 december 2020 plan för intern kontroll upprättad utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys. Uppföljning av internkontrollplanen har skett per tertial, delår och helår. Internkontrollplan för 2022 fastställdes den 14 december 2021.

Arbetet med att fastställa internkontrollplanen har under 2020–2021 föregåtts av workshops på respektive ambulansstation. De risker som bolaget bedömer som mest betydande är kompetensförsörjning, ekonomiskt resultat i balans från 2022 (bl.a. ökade effektivitetskrav från hälso- och sjukvårdsnämnden) samt ändamålsenliga lokaler (med möjlighet till större garage, omklädningsrum, kontor osv.) En återkommande högt prioriterad risk är kompetensförsörjning. Bolaget har en aktuell kompetensförsörjningsplan för åren 2020–2023 som beskriver planerade åtgärder inom kompetensförsörjningsarbetet samt tidplan. En del i arbetet med kompetensförsörjning är medarbetarnas möjligheter till forskning och specialistutbildning tex. möjlighet att utbildas till specialistsjuksköterska med bibehållen lön. Som tidigare nämnades under redovisningen av bolagets måluppfyllelse har tolv medarbetare slutfört sin specialistjuksköterskeutbildning vilket är två fler än föregående år men inte fullt ut i nivå med fullmäktiges mål för indikatorn, 14 st.

AISAB är ISO-certifierade inom område kvalitet, arbetsmiljö och miljö¹⁴. Certifikatet för informationssäkerhet ISO 27001 gäller inte längre men AISAB uppger att uppdatering av informationssäkerhet pågår. Under 2021 driftsattes AISAB:s nya intranät, AISABnet. Intranätet fungerar som bolagets ledningssystem med dokument, riktlinjer och annan relevant information tillgängligt för medarbetare. AISAB:s intranät samt AISAB:s externa webbplats har ingen egen visselblåsarfunktion, men man uppger att bolaget ingår i regionens centrala visselblåsarfunktion vilken infördes 2019.

3.3 Bisysslor och jäv

Revisionen har granskat om AISAB har säkerställt en tillräcklig intern kontroll rörande anställdas bisysslor i enlighet med bolagets gällande kollektivavtal¹⁵. Granskningen har även omfattat ledamöters engagemang utanför styrelseuppdraget, utifrån aktiebolagens bestämmelser om jäv¹⁶. Granskningen utgår också från regionfullmäktiges uppförandekod,¹⁷ vilken beskriver regionens övergripande förhållningssätt till jäv och bisysslor, samt till fullmäktiges

¹⁴ Kvalitet ISO 9001; Arbetsmiljö ISO 45001; Miljö ISO 14001;

¹⁵ Allmänna Bestämmelser AB 20

¹⁶ Aktiebolagslagen (2005:551) 8 kap. 23 §

¹⁷ Uppförandekod för Region Stockholm, RS 2019 - 0829

riktlinjer och regionstyrelsens tillämpningsanvisningar¹⁸ inom området. En särskild kontroll har skett av om bolagsstämman beslutat om ägardirektiv varigenom det framgår att regionens riktlinjer ska tillämpas för bolaget. Uppförandekoden liksom riktlinjerna omfattar samtliga anställda och förtroendevalda i regionen, inklusive dess bolag.

Iakttagelser

I ägardirektiven framgår det att regionens riktlinjer ska tillämpas för bolaget. I enlighet med den generella ägarpolicy ska de specifika ägardirektiven fastställas på respektive bolagsstämman. Granskningen visar att de specifika ägardirektiven inte antagits vid bolagsstämman 2021.

Bolaget hanterar frågan kring bisysslor på flera olika sätt. Bland annat genom att medarbetare informeras om sin skyldighet att anmäla eventuella bisysslor till arbetsgivaren, dels vid nyrekryteringar, dels inom ramen för de årliga medarbetarsamtalen. Centrala sammanställningar för uppföljning av bisysslor tillämpas dock inte.

Inom ramen för granskningen har de anställdas anmälda bisysslor kontrollerats i förhållande till Bolagsverkets register avseende åtaganden i föreningar eller handels- och aktiebolag. Vidare har revisionen följt upp hur de anställdas anmälda bisysslor samlas in och förvaras. För att bedöma om eventuell bisyssla har en inverkan på anställningen i bolaget genom exempelvis bisysslans art och omfattning har revisionen tagit del av bolagets bedömning av de anmälda bisysslorna. Därefter har revisionen genomfört en kartläggning av eventuell förekomst av transaktioner mellan bolaget och andra bolag/associationer där anställda skulle kunna ha åtaganden alternativt andra intressen.

Av granskningen framkommer att inga av personerna med konstaterade bisysslor från revisionens stickprovskontroller har anmält dessa till arbetsgivaren.

Revisionen har även gjort en motsvarande registerkontroll för ledamöterna i bolagsstyrelsen och därefter kontrollerat om jäv har anmälts i protokollen och huruvida några beslut har fattats för de bolag där det har funnits engagemang. I revisionen framgick att fem av sju ledamöter hade registrerade engagemang enligt Bolagsverket. En granskning av styrelsens protokoll har skett för perioden januari till december 2021. I protokollen noteras ingen anmälan av jäv under den aktuella perioden. Vid protokollgranskningen har det även skett en kontroll av beslut kopplade till styrelseledamöternas identifierade engagemang enligt Bolagsverket. Av granskningen framkommer att inga beslut har fattats av berörda styrelseledamöter avseende de bolag där ledamöterna har engagemang.

¹⁸ Tillämpningsanvisningar för bisysslor i landstingets förvaltningar och bolag, LS 2017 - 1339

Bedömning

Revisionen bedömer att AISAB delvis har säkerställt att det finns rutiner för en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av bisysslor och jäv för anställda och förtroendevalda styrelseledamöter. Bolagets praktiska hantering av bisysslor och jäv sker genom kontinuerlig information till anställda om skyldighet att anmäla bisysslor samt återkommande uppföljning i samband med medarbetarsamtal.

För att stärka den interna kontrollen bör styrelsen säkerställa att de specifika ägardirektiven antas av bolagsstämman, så att det blir tydligt att regionens aktuella styrdokument ska tillämpas för bolaget.

Förekomsten av otillåtna bisysslor kan innebära skada för arbetsgivaren. Identifierade avvikelser i genomförd kontroll visar att de fem medarbetare med registrerade bisysslor i Bolagsverkets register inte anmält dessa till arbetsgivaren.

Det sker ingen kontroll av anställdas bisysslor, med undantag för uppföljningen vid medarbetarsamtalen och vid introduktion i enlighet med kommentarerna till kollektivavtalen.

Hanteringen av bisysslor bör dock balanseras mellan arbetsgivarens tillit till den anställde och en effektiv, men inte integritetskränkande och administrativt betungande, kontroll. Kontrollen kan således med fördel koncentreras mot riskbaserade kontroller och begränsas till på förhand identifierade riskgrupper, istället för en bred granskning av samtliga anställda. En avsaknad av en sammanställning kan innebära begränsningar i uppföljning samt i att få en överblick av förekomsten av bisysslor och möjligheter att upptäcka eventuella jävsituationer. Värdet av en central sammanställning måste dock vägas mot det merarbete som kan följa vid framtagandet samt den kontinuerliga uppdateringen som krävs enligt GDPR.

Rekommendationer

- Styrelsen bör säkerställa att ägardirektiven antas av bolagsstämman.
- Ledningen bör säkerställa att arbetsätten och bolagets riktlinjer anpassas så att bisysslor anmäls i enlighet med fullmäktiges riktlinjer.

3.4 Krisberedskap

Revisionen har genom intervjuer och dokumentstudier granskat hur AISAB, i den utsträckning som regionens styrande dokument kräver, ansvarar för regionens generella krisberedskap.

Region Stockholms övergripande arbete med krisberedskap

Region Stockholms arbete med krisberedskap styrs bland annat av hälso- och sjukvårdslagen, lag om kommuners och regioners åtgärder inför och vid

extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap samt Socialstyrelsens föreskrifter¹⁹. Med utgångspunkt från krav i dessa regelverk har landstingsfullmäktige (nuvarande regionfullmäktige) beslutat om en plan för krisberedskap²⁰ och en plan för kriskommunikation²¹ för samtliga nämnder, styrelser och bolag i Region Stockholm.

Styrelser och nämnders ansvar

Enligt fullmäktiges plan för krisberedskap är varje nämnd/styrelse ytterst ansvarig för planering och organisering av krisberedskap inom sitt verksamhetsområde. De ska därför utarbeta och anta lokala planer i enlighet med regionens övergripande krisberedskapsplan samt ansvara för att utbildning och övning genomförs enligt fastställd utbildningsplan. De lokala planerna ska omhänderta frågor kopplade till robusthet, funktions- och driftsäkerhet, tele, datakommunikation m.m. Regionens förvaltningar och helägda bolag ska genomföra risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) i enlighet med MSB:s föreskrifter. Syftet med en risk- och sårbarhetsanalys är att förebygga, förbereda och hantera kriser. Analysen utgör underlag för att utforma katastrofberedskap. Vidare ska förvaltningar och bolag upprätta kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer enligt ISO 22301:2014. En kontinuitetsplanering syftar till att stärka förmågan i organisationen att, efter avbrott, kunna fortsätta tillhandahålla verksamhet till en i förväg beslutad omfattning. Slutligen ska förvaltningar och bolag organisera en tydlig kontaktväg för samverkan med övriga berörda aktörer inom regionen vid särskilda händelser. Enligt fullmäktiges övergripande kriskommunikationsplan²² ska samtliga nämnder och bolag därtill ha lokala planer för kriskommunikation som reglerar det egna kriskommunikationsarbetet.

Plan för krisberedskap

AISAB har en krisberedskapsplan: *Plan för beredskap, kris och kontinuitet* beslutad av styrelsen 2019²³. I planen definierar AISAB kris som ”en händelse som avviker från det som betraktas som normalt och som uppstått utan någon längre förvarning. Händelsen hotar grundläggande värden och kräver snabba beslut för att minimera effekterna av det inträffade. En händelse betecknas i detta sammanhang som *särskild* när den är av så omfattande eller av så allvarlig karaktär att verksamheten måste organiseras och ledas på ett särskilt sätt och med specifika resurser.”

Krisberedskapsplanen tar upp ansvar, roller och hur verksamheten ska organiseras och ledas i händelse av kris²⁴. Den beskriver vidare AISAB:s arbete

¹⁹ HSL (2017:30); lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap; SOSFS 2013:22 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap

²⁰ LS 2017-0149

²¹ LS 1412-1457

²² LS 1412-1457

²³ Dnr V112/2017, beslutad i styrelsen 21 februari 2019

²⁴ Av planen framgår att ”styrelsen ansvarar för planering och organisering av bolagets krisberedskap. Vd ansvarar för att lokal plan utarbetas, att utbildning och övning genomförs vad

med risk- och sårbarhetsanalys som ligger till grund för riskidentifiering i verksamheten samt hur risker kan förebyggas och åtgärdas. Risker som identifierats är relaterade till personal, bemanning, lokaler, fordon, avbrott i tekniska försörjningssystem och händelser som medför att vård inte kan ges. För varje identifierat riskområde finns förutom beskriven risk även beskriven åtgärd, dvs. hantering av ev. händelse samt beskriven återuppbyggnad dvs. hur verksamheten ska återgå till normalläge efter särskild händelse.

Under hösten 2021 genomfördes två särskilda utredningar relaterade till identifierade riskområden. Det gäller brister i energiförsörjning och risk för skyfall däri syftet var att bedöma om AISAB har tillräcklig beredskap för att hantera driftstörningar i energiförsörjning, samt beredskap att hantera stora regnmängder i likhet med de skyfall som drabbade delar av Sverige under 2021.

I krisberedskapsplanen finns också skrivningar om utbildning och övning. AISAB uppger att medarbetare har cirka tio utbildningsdagar per år och för nyanställda finns ett tio veckor långt introduktionsprogram med olika utbildningsmoment. AISAB uppger att mycket av den utbildning som genomförs handlar om att hantera kris, krisberedskap och akut omhändertagande. Revisionen har efterfrågat och tagit del av AISAB:s utbildningsplan för 2022 där det framkommer att utbildning inom t.ex. CBRNE²⁵, PDV²⁶, Rakel²⁷, Frapp²⁸, Trafiksäkerhet och Samverkansövning Ledningsenheter förekommer regelbundet över året.

Kriskommunikation

För den interna kommunikationen används informationsskärmar på stationerna med aktuell information till medarbetare, intranätet AISAB-net fungerar som ledningssystem med information om bl.a. riktlinjer och rutiner. Utöver detta används radiokommunikationssystemet Rakel. AISAB uppger att bolaget, i enlighet med krisberedskapsplanen, tidigt i pandemin beslutade att samtliga stationschefer ska ha sin Rakel-utrustning ständigt uppkopplad för att snabbt vara nåbar. AISAB uppger vidare att det även finns en intern SMS-funktion som momentant meddelar samtliga medarbetare om någon särskild händelse inträffat.

AISAB har vid tidpunkten för revisionens granskning inte någon beslutad kriskommunikationsplan, men uppger i intervju att arbete med sådan pågår.

gäller åtgärder vid särskilda händelser samt fattar beslut om när krisåtgärder ska vidtas och etablerar samverkan med övriga berörda aktörer. Vid särskild händelse är det AISABjour och ledningsgruppen som utgör krisorganisation och som ska ansvara för att få verksamheterna att återgå till ett normalläge.”

²⁵ MSB, <https://www.msb.se/cbrne>, 2022-02-14, CBRNE är den internationella förkortningen för Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosive

²⁶ PDV = Pågående Dödligt Våld

²⁷ Rakel (Radiokommunikation för effektiv ledning) är ett kommunikationssystem

²⁸ Den prehospitala vårdens it-lösning/ärendehantering och kommunikationssystem som ägs av HSF. Frapp finns installerat i samtliga prehospitala transporter/fordon.

Pandemin

AISAB uppger att de erfarenheter som pandemin medfört har visat på vissa brister varför det kan finnas behov av revidering av krisberedskapsplanen. En av de främsta utmaningar är att pandemin varat över mycket lång tid varför uthållighet i krisberedskap aktualiserats. AISAB uppger även att en av de erfarenheter som pandemin initialt medförde är att lagerhållning av t.ex. skyddsmaterial var bristfällig vilket visade sig sårbart för verksamheten. För att undvika brist av material har AISAB numer viss egen lagerhållning av bl.a. skyddsmaterial.

Även andra faktorer, utom AISAB:s egen kontroll, har varit problematiska. Exempelvis har sjukfrånvaro i verksamheter som AISAB är beroende av, t.ex. fordonsverkstäder för service av ambulansfordon, inneburit störningar i AISAB:s verksamhet.

Bedömning

Revisionen bedömer att AISAB:s nu gällande krisberedskapsplan omfattar de för AISAB relevanta delar för att möjliggöra att verksamheten kan upprätthållas även vid krissituation och särskilda händelser. Revisionen bedömer att planen har risk- och sårbarhetsanalys som grund. Revisionen konstaterar dock att pandemin och erfarenheterna av denna kan ha påverkat verksamheten till sådan omfattning att en revidering av krisberedskapsplanen bör genomföras.

Revisionen noterar att kriskommunikation finns med hjälp av flertalet kontaktvägar internt och externt, men att detta inte fastställts i någon plan. Revisionen bedömer därför att kriskommunikationsplan i enlighet med fullmäktiges övergripande plan bör upprättas.

Rekommendationer

- Styrelsen bör uppdatera krisberedskapsplanen utifrån de erfarenheter som coronapandemin medfört.
- Styrelsen bör i enlighet med fullmäktiges övergripande kriskommunikationsplan upprätta en kriskommunikationsplan som tydliggör det egna kriskommunikationsarbetet.

3.5 Forensisk omvårdnad

Revisionen har granskat bolagets rutiner för forensisk omvårdnad. I korthet är forensisk omvårdnad det kontaktområde där vårdpersonalens kompetens möter rättsväsendets kompetens och profession. Forensisk omvårdnad handlar om förhållningssätt och arbetsrutiner i mötet med brottsoffer, patienter, anhöriga, gärningsmän och andra som är berörda vid skadehändelser som kan leda till åtal eller andra rättsliga åtgärder. Under pandemin kan det ha funnits en förhöjd risk för våld i nära relation eftersom isolering, restriktioner, arbetslöshet och arbete hemifrån gjort att människor stannat hemma i

hög grad²⁹. Granskningen har genomförts via intervjuer och dokumentstudier.

Krav på hur olika personalgrupper ska agera finns bl. a. i Socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer³⁰. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om att någon utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående fråga den vuxne i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen. Om misstanke kvarstår om våld eller andra övergrepp ska hälso- och sjukvårdspersonalen ta reda på om det finns minderåriga barn i familjen och i så fall göra en orosanmälan till socialtjänsten³¹. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vidare informera om möjligheten till vård och omvårdnad från hälso- och sjukvården eller stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer, och beakta vilka behov den vuxne kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet.

AISAB uppger att forensisk omvårdnad, och rutiner för att omhänderta patienter som drabbats eller riskerar att drabbas av våld i nära relation, förekommer inom bolagets prehospitla vård. Revisionen har tagit del av den fastställda rutinen, *Våld i nära relation-riktlinje för AISAB*³², som tydliggör arbetet med våldsutsatta patienter samt barn som bevittnat våld. Rutinen omhändertar relevant lagstiftning och föreskrifter. Rutinen finns tillgänglig på AISAB:s intranät där även länkar till lagstiftning och länkar till utvalda webbt utbildningar finns publicerade.

I rutinen framkommer att det vid brottsmisstanke finns rutiner för hur brott ska anmälas och rutiner för hur skador ska journalföras. Det finns också rutin för hur anmälningsskyldighet/orosanmälan gällande barn som kan vara våldsutsatt eller själva kan ha bevittnat våld ska hanteras. Det finns även beskrivet hur hantering av patienter med skyddad identitet som utsatts för våld ska journalföras enligt särskild rutin. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska även misstanke om våld mot vuxen patient journalföras. AISAB uppger dock i intervju att det i det befintliga journalsystemet Frapp inte går att göra markering om misstanke av utsatthet varför eventuell misstanke istället skrivs flytande i journaltext.

För att säkerställa att medarbetare inom den prehospitla vården har adekvat kunskap att upptäcka och identifiera våldsutsatta finns utbildning och kompetensutveckling genom både praktiska och digitala utbildningar³³.

²⁹ Se t.ex. [Bris årsrapport 2020 – så påverkade pandemin barn under året | Bris - Barnens Rätt i Samhället](#)

³⁰ Socialtjänstlagen (2001:453); Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)

³¹ 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

³² Våld i nära relation- riktlinje för AISAB, gäller från 2021-05-27 tills vidare

³³ Praktisk utbildning t.ex. PDV = Pågående dödligt våld. Digital utbildning Våld i nära relationer för hälso- och sjukvården via APC, se t.ex. <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/utbildning/utbildningsreportage/ambulanspersonal-lar-mer-om-vald-i-nara-relation/> nedladdad 2022-02-15

Nyanställda medarbetare får även cirka två dagars utbildning med särskilt fokus på hot och våld.

AISAB uppger att bolaget, förutom internt samarbete inom den prehospitala vården och med mottagande vårdgivare (huvudsakligen akutsjukhus), även samarbetar och har samråd med andra samhällsaktörer som t.ex. socialtjänst, polis och frivilligorganisationer. Kontakt och samverkan sker dygnet runt och kan exempelvis handla om kvinnofridsbrott eller händelser där skäl för orosanmälan kan föreligga. AISAB uppger att samverkan genom utbildning tillsammans med polis också har förekommit.

Enligt AISAB har pandemin försvårat möjligheterna till att arbeta med forensisk omvårdnad. AISAB uppger att medarbetare i ambulans alltid arbetar minst två personer och att vårdtillfällen ofta utförs i patienters hem och med möjlighet att göra medicinsk undersökning, ställa frågor eller göra iakttagelser. Under pandemin har ambulanssjukvårdare och ambulanssjuksköterskor ofta burit omfattande skyddsutrustning i patientmötet vilket försvårat kommunikation med patienterna till följd av visir och munskydd. Skyddsutrustningen har också försvårat möjligheterna till insyn i patientens hem eftersom det under pandemin i huvudsak bara varit en av två medarbetare som varit inne i patientens hem. Detta till följd av smittorisk, men också på grund av den omfattande skyddsutrustning som krävs och som verksamheten därför ibland begränsat till att endast en medarbetare burit. Ur ett forensiskt perspektiv finns risk att iakttagelser i patientens hem, som kan tyda på våld eller utsatthet, därför uteblivit.

Bedömning

Revisionen noterar att pandemin inneburit utmaningar i patientmötet. Revisionen bedömer dock att AISAB har väl fungerande rutiner och riktlinjer för forensisk omvårdnad i normalläge. Revisionen noterar också att det finns risk att möjligheten att leva upp till skyldigheten att journalföra misstanke om våld är begränsat i befintligt journalsystem.

3.6 Hållbarhetsrapportering

Bolaget upprättar 2021 för första gången en lagstadgad hållbarhetsrapport.

Bedömning

Auktoriserad revisor bedömer att hållbarhetsrapporten uppfyller kraven i årsredovisningslagen, men att rapporteringen behöver utvecklas till 2022 bl.a. vad gäller presentation av relevanta resultatindikatorer för samtliga områden.

3.7 Löneprocessen

Auktoriserad revisor har genomfört en registeranalys av bolagets lönekostnader. Det finns sedan tidigare en rekommendation om att bolaget bör införa en rutin för genomgång av ändringar i fast data i lönesystemet för att minimera

riskan för felaktiga ändringar. Vid uppföljning vid delåret konstaterades att bolaget implementerat en rutin där bolaget gör en kvartalsvis efterkontroll av ändringar, men att samtliga ändringar inte var föremål för kontrollen. Samtliga personer som gjorde ändringar var inte föremål för kontrollen utan bara de personer som gjorde flest ändringar. Vid uppföljningen med bolagets HR har auktoriserad revisor fått information om att kontrollen nu finns och ska täcka samtliga personer som har möjlighet göra ändringar av lönedata.

Bedömning

Auktoriserad revisor bedömer att hanteringen av löneregister och processer i huvudsak är tillräcklig. Nuvarande rekommendation om ändringar i fast lönedata bedöms som delvis åtgärdad. Auktoriserad revisor avser att följa upp efterlevnad och dokumentation av nu implementerad rutin vid delåret 2022.

3.8 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapporterings-PM för styrelsen. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna rapport.

Granskning av systematiskt arbetsmiljöarbete för att förebygga hot och våld

Revisionen granskade bolagets arbetsmiljöarbete för att förebygga hot och våld. Granskningen gjordes genom dokumentstudier samt intervjuer med bland annat arbetsmiljöspecialist, vd och HR-chef. Revisionen konstaterade att AISAB har ett systematiskt arbetsmiljöarbete med tillräckliga rutiner, riktlinjer och utbildningar som stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet för att minimera risker för hot och våld i arbetet. Granskningen föranledde inga väsentliga iakttagelser.

Granskning av bokslutsprocessen

Auktoriserad revisor har granskat bolagets bokslutsprocess. Den auktoriserade revisorn konstaterade vid delåret att en och samma person både kan sak- och slutattestera en manuell bokföringsorder som personen själv har upprättat varför den tidigare rekommendationen avseende detta bedömdes kvarstå. I övrigt bedömdes dock att bolagets rutiner och kontroller avseende bokslutsprocessen i allt väsentligt är tillräckliga.

Granskning av inköps- och utbetalningsprocess

Auktoriserad revisor har granskat bolagets inköps- och utbetalningsprocess och gjort bedömningen att bolaget behöver stärka den interna kontrollen avseende ändringar i fast data i leverantörsregistret för att minimera risken för exempelvis felaktiga eller fiktiva leverantörer. Vidare bedöms att bolaget bör införa en systemspärr så att godkännande två och två i förening krävs för inrikes bankutbetalningar. Den rekommendation som fanns sedan tidigare kvarstår och kommer att följas upp vid delårsgranskningen 2022.

Granskning av fullmäktigeuppdraget att minska de administrativa kostnaderna

Revisionen granskade särskilt styrelsens arbete med fullmäktiges uppdrag att minska administrativa kostnader. I styrelsens delårsrapport uppges att kostnaderna för administration ökat under 2021 med anledning av att ersättning till fastighets- och servicenämnden/serviceförvaltningen har ökat.

Vid delåret granskades även löneprocessen av auktoriserad revisor, granskningen återges i avsnitt 3.7.

3.9 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Den auktoriserade revisorn har granskat ekonomistyrning, ledningsnära kostnader och representation samt intäktsprocessen utan väsentliga iakttagelser.

3.10 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.

Revisionskontoret har vid tidigare revision rekommenderat styrelsen att informera fullmäktige om svårigheterna att slutföra uppdraget om att bli en USV-enhet bland annat mot bakgrund av att basfinansiering saknas (se även avsnitt 2.2.2). Vid årets uppföljning kan konstateras att bolagets intentioner är att fortsätta med uppdraget och att viss finansiering, 0,5 mnkr, erhållits från regionstyrelsen. Rekommendationen bedöms därför som delvis åtgärdad.

AISAB har två rekommendationer avseende personal där ledningen bland annat bör analysera kvinnors ökade ohälsotal för att finna verkningsfulla åtgärder samt även arbeta med frågan om personalomsättning och att stärka varumärket och attraktiviteten som arbetsgivare.

Rekommendationen om kvinnors ökade ohälsotal bedöms som delvis åtgärdad. Enligt intervju med AISAB samt redogörelse i verksamhetsberättelsen framgår att det finns ett pågående arbete med arbetsmiljö och sjukfrånvaro/ohälsa. Totalt sett, för både män och kvinnor, har sjukfrånvaron minskat något från föregående år. För kvinnor har den dock ökat. Enligt AISAB beror detta bland annat på hög arbetsbelastning i samband med pandemin. Den uppkomna situationen har därför föranlett att bolaget arbetar mer med frågor om hållbar arbetssituation, processer för kort- och långtidsfrånvaro samt sjukfrånvaro och rehab.

Rekommendationen om att stärka varumärket och attraktiviteten som arbetsgivare bedöms som åtgärdad. AISAB arbetar med stärkt fokus på arbetsmiljö, arbete med kompetensförsörjningsfrågor i enlighet med befintlig kompetensförsörjningsplan, förbättrad rekryteringsprocess samt aktiviteter för

att behålla befintliga medarbetare. Det kan konstateras att bolagets antal årsarbetare avviker positivt i förhållande till budget (449 jämfört med 405) samt att bolaget har en lägre personalomsättning (7 procent) jämfört med föregående år då utfallet var 13 procent. Detta sammantaget kan tyda på att bolaget har stärkt varumärket och attraktiviteten som arbetsgivare.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om 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.

Granskningen av räkenskaperna har genomförts av den auktoriserade revisorn.

4.1 Årsredovisningen

Auktoriserad bedömer att årsredovisningen i allt väsentlighet är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen och K3 (årsredovisning och koncernredovisning) och ger en rättvisande bild av bolagets resultat för räkenskapsåret 2021 och ställning på balansdagen.

Räkenskaperna bedöms av den auktoriserade revisorn vara rättvisande.

4.2 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Auktoriserad revisor har följt upp rekommendationen om att bolaget bör införa en rutin för både sakattest och slutattest av manuella bokföringsordern som är resultatpåverkande samt sådana som är beloppsmässigt väsentliga. Rekommendationen bedöms som ännu inte åtgärdad, och kommer att följas upp vid delårsgranskningen.

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 2021

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77265 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att ägardirektiven antas av bolagsstämman	–	ÅR 2021 Ny rekommendation
76760 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör uppdatera krisberedskapsplanen utifrån de erfarenheter som coronapandemin medfört.	–	ÅR 2021 Ny rekommendation
29398 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1457	Formalisera och systematisera hur delegerade beslut ska återrapporteras för att fortlöpande kunna kontrollera om delegationen upprätthålls.		ÅR 2021 Revisionen granskade 2018 om bolagets arbetsformer följer aktiebolagslagen, kommunallagen och landstingets/regionens styrande dokument. Granskningen föranledde fyra rekommendationer till styrelsen: <i>Komplettera arbetsordningen så att det tydligt framgår att frågor av principiell beskaffenhet är förbehållet fullmäktige; Säkerställa att protokollen, för att uppfylla kraven i ägarpolicy, konsekvent och tydligt anger vilka underlag som legat till grund för respektive ärende; Tydliggöra i VD-instruktionen vad som gäller avseende riktlinjer för VD:s beslutanderätt samt attestering av VD:s kostnader; Formalisera och systematisera hur delegerade beslut ska återrapporteras för att fortlöpande kunna kontrollera om delegationen upprätthålls.</i>

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Revisionen har sedan 2019 följt upp tre av fyra av rekommendationer samt bedömt dessa som hanterade. Den sistnämnda rekommendationen har följts upp till viss del, men bedöms som svår att följa upp i sin helhet och tas därmed bort. Granskningen med tillhörande rekommendationer bedöms mot bakgrund av detta i sin helhet som avslutad.
76761 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör i enlighet med fullmäktiges övergripande kris-kommunikationsplan upprätta en kriskommunikationsplan som tydliggör det egna kriskommunikationsarbetet.	–	ÅR 2021 Ny rekommendation

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57772 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör informera fullmäktige om svårigheterna att slutföra uppdraget att bli en USV-enhet.	●	ÅR 2021 Revisionskontoret har rekommenderat styrelsen att informera fullmäktige om svårigheterna att slutföra uppdraget om att bli en USV-enhet bland annat mot bakgrund av att basfinansiering saknas. Vid årets uppföljning kan konstateras att bolagets intentioner är att fortsätta med uppdraget och att viss finansiering, 0,5 mnkr, erhållits från regionstyrelsen. Rekommendationen bedöms därför som delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2021

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29384 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1531	Ledningen bör införa en rutin för genomgång av ändringar i fast data i leverantörsregistret för att minimera risken för fel och fiktiva leverantörer.	●	ÅR 2021 AISAB har per bokslut 2021 ännu inte infört en sådan rutin. Rekommendation bedöms ej åtgärdad och följs upp i samband delårsgranskning 2022.


Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77267 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att arbetssätten och bolagets riktlinjer anpassas så att bisysslor anmäls i enlighet med fullmäktiges riktlinjer	–	ÅR 2021 Ny rekommendation



Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38585 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen bör analysera kvinnors ökade ohälsotal för att finna verkningsfulla åtgärder.	●	ÅR 2021 Rekommendationen om kvinnors ökade ohälsotal bedöms som delvis åtgärdad. Totalt sett, för både män och kvinnor, har sjukfrånvaron minskat något från föregående år. För kvinnor har den dock ökat bland annat mot bakgrund av hög arbetsbelastning i samband med pandemin. Bolaget

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			arbetar dock med frågor om hållbar arbetssituation, processer för kort-och långtidsfrånvaro samt sjukfrånvaro och rehab.
38586 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen bör överväga årets resultat av ledarskapsindex samt personalomsättningen i syfte att stärka varumärket och attraktiviteten som arbetsgivare		ÅR 2021 Rekommendationen om att stärka varumärket och attraktiviteten som arbetsgivare bedöms som åtgärdad. AISAB arbetar med stärkt fokus på arbetsmiljö, arbete med kompetensförsörjningsfrågor i enlighet med befintlig kompetensförsörjningsplan, förbättrad rekryteringsprocess samt aktiviteter för att behålla befintliga medarbetare.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
28794 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1532	Ledningen bör införa en rutin för genomgång av ändringar i fast data i lönesystemet för att minimera risken för felaktiga ändringar.		ÅR 2021 AISAB har implementerat en rutin vilket följts upp i samband med internkontrollgranskning vid delåret. Bolaget gör en efterkontroll av ändringar var tredje månad men samtliga ändringar är inte föremål för kontrollen. Auktoriserad revisor har i samband med bokslutsgranskningen följt upp rekommendationen med ansvariga och informerats om att samtliga personer som har möjlighet göra ändringar av lönedata nu är föremål för rutinmässig stickprovskontroll. Auktoriserad revisor kommer i samband med granskning av intern kontroll vid delåret att på nytt granska denna rutin i syfte att då kunna säkerställa att den fungerar. Till dess bedöms rekommendationen fortsatt vara delvis åtgärdad
29381 Från rapport 2019 Delrapport	Ledningen bör införa en rutin för attest av manuella bokföringsorders som är resultatpåverkande samt sådana som är beloppsmässigt väsentliga. Rekommendation att bolaget		ÅR 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1529	inför en rutin för både sakattest och slutattest av manuella bokföringsorders som är resultatpåverkande samt sådana som är beloppsmässigt väsentliga.		Ingen sådan rutin har införts per delår 2021. Rekommendation bedöms ej åtgärdad och följs upp i samband med delårsgranskning 2022.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29390 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1338	Ledningen bör införa tvåhandsprincipen vid utbetalningar/ Bolaget bör uppdatera de anställdas bankfullmakter för att säkerställa att dualitet alltid sker vid utbetalningar från bank	●	ÅR 2021 Det är fortsatt möjligt att göra betalningar utan system-implementerad dualitetkontroll. Rekommendation bedöms ej åtgärdad och följs upp i samband med delårsgranskning 2022.
38584 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att uppföljningen och redovisningen av avvikelshantering fungerar oavsett personalomsättning.	●	ÅR 2021 Vid uppföljning framkommer att det finns en organisation om tre ansvariga medarbetare som arbetar med avvikelshantering på deltid/delar på arbetsuppgifterna. Det finns ett pågående arbete med att utveckla avvikelshantering vilket leds av vårdutvecklare och verksamhetschef. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS- KRITERIER 2021

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. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande

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

Ottillfredsställande

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

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Intern styrning och kontroll

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

Regionrevisorerna

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/uppföljningsbara.
3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.
4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en 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.

Regionrevisorerna

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 måste åtgärdas snarast.

Kommentar: Bristerna är uppenbara och försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Avvikelseerna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

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

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt landstingets regler och anvisningar.
2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/årsredovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande

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

Inte rättvisande

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

Kommentar: Avvikelseerna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.