

Årsrapport 2021

Danderyds Sjukhus AB

Regionrevisorerna

2022-03-31

Diarienummer
RK 2021-0018Styrelsen
Danderyds Sjukhus AB**ÅRSRAPPORT 2021**
Danderyds Sjukhus AB

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2022-03-31 att överlämna rapporten till styrelsen för Danderyds Sjukhus AB för kännedom och möjlighet att yttra sig senast 2022-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Kronic
Sekreterare
Digital signering

Sammanfattning – Danderyds Sjukhus AB

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

Sjukhusets ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -198 mnkr.

Enligt beslut¹ i fullmäktige ska coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall undantas vid avstämningen av resultatkravet. Dessa poster uppgår till 391 mnkr. Bolaget har även erhållit 339 mnkr i bidrag för täckning av merkostnader till följd av pandemin. Fullmäktige har även beslutat att effekten av förändringen av diskonteringsräntan², som för bolaget uppgår till 156 mnkr, ska undantas vid avstämningen av resultatkravet.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till 10 mnkr, vilket är en miljon kronor lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen är marginell i förhållande till sjukhusets omsättning. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om ett resultat i balans därmed inte uppnåtts fullt ut. Sjukhuset har uppnått fullmäktiges mål gällande investeringar.

Den negativa resultatprognosen i samband med delårsrapporten innebar att det registrerade aktiekapitalet riskerade att förbrukas till mer än hälften. Därför ansökte Danderyds sjukhus och beviljades 400 mnkr i kapitaltäckning från moderbolaget LISAB. Detta redovisas som ett villkorat aktieägartillskott direkt mot eget kapital i balansräkningen och har därför ingen

¹ RS 2021-0124

² Diskonteringsräntan beslutas årligen av Finansinspektionen och används i nuvärdesberäkningen av bolagens pensionsförpliktelser

resultatpåverkan. Det ekonomiska resultatet, trots den marginella negativa avvikelser i förhållande till resultatkravet, bedöms som tillfredsställande.

Coronapandemin har haft en stor påverkan på sjukhusets verksamhet som tidvis har fått ställas om till vård av covidsjuka patienter. Detta har till viss del påverkat sjukhusets möjlighet att uppnå fullmäktiges mål. Enligt styrelsen har två indikatorer inte gått att mäta p.g.a. coronapandemin, båda hör till det verksamhetsspecifika målet *samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändring*. Dessa indikatorer ska exkluderas från bedömningen av måluppfyllelsen i enlighet med regionledningskontorets anvisningar för årsrapporteringen. Av tio mål som gått att bedöma har sjukhuset uppnått sju mål. Målet *en attraktiv arbetsgivare* har inte uppnåtts. Målet *en hälso- och sjukvård av god kvalitet* är delvis uppfyllt. Målen har påverkats av pandemin. Det andra målet som är delvis uppnått är *region Stockholms klimatpåverkan ska minska*.

Sjukhusets möjlighet att producera i enlighet med sjukhusavtalet har varit begränsad under pandemin. Sjukhusets produktion har avvikit negativt både när det gäller slutenvårdstillfällen och öppenvårdsbesöken. Fullmäktiges uppdrag har i huvudsak uppnåtts. Det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin och är i huvudsak tillfredsställande.

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 av pandemin. Revisionen bedömer att styrelsen och sjukhusledningen under året har arbetat med att vidta åtskilliga åtgärder för att uppfylla fullmäktiges mål och sitt verksamhetsuppdrag.

Revisionen har under året granskat kvalitetssäkringen av kvalitetsindikatorer, sjukhusets systematiska arbetsmiljöarbete, systematiska brandskyddsarbete och sjukhusets organisation för hantering av eventuella oegentligheter. Granskningarna visar att ett antal förbättrande åtgärder bör vidtas.

Revisionen har lämnat ett antal rekommendationer riktade till sjukhuset ledning när det gäller det systematiskt arbetsmiljöarbete och det systematiska brandskyddsarbetet. Ledningen bör exempelvis följa upp chefers deltagande i de obligatoriska arbetsmiljöutbildningarna samt följa upp och återkoppla avvikelser och handlingsplaner samt årligen följa upp och rapportera arbetet inom området till sjukhusstyrelsen. I det systematiska brandskyddsarbetet bör ledningen stärka ansvarsfördelningen inom sjukhuset för att minska risken för underrapportering av incidenter.

Styrelsens interna styrning och kontroll 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. Revisionen bedömer att räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1	Årlig granskning	1
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	2
2.1	Ekonomiskt resultat	2
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	6
3	Intern styrning och kontroll	8
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	9
3.2	Kvalitetssäkring av uppgifter om kvalitetsindikatorer	11
3.3	Systematiskt arbetsmiljöarbete	13
3.4	Systematiskt brandskyddsarbete	18
3.5	Organisation för hantering av oegentligheter	21
3.6	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	24
3.7	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	25
4	Räkenskaper	25
4.1	Årsredovisningen	25
	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 och bedöms 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 Danderyds Sjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin. Sjukhuset ska även utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), övriga akutsjukhus och regionsfinansierade privata vårdgivare. Danderyds sjukhus ska registrera och spara de biobanksprover som ska bevaras i Stockholms medicinska biobank. Vidare ska sjukhuset bedriva undervisning och klinisk forskning relaterad till sjukvårdsuppdraget.

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 Sonila Nilsson m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Anders Rabb vid PwC.

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 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. Lekmannarevisorerna träff med bolagsstyrelsen för dialog vartannat år har förskjutits till 2022 p.g.a. pandemin.

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	5 120	5 512	5 225
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 5 109	-5 710	-5 206
- varav omställningskostnader	-	-	-2
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	11	-198	19
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	391	312
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	- 339	- 266
Effekten av förändring av diskonteringsräntan	-	156	-
Justerat resultat	-	10	65
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	224	-
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-	-75
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt³	11	26	-56
Balansomslutning (mnkr)	-	4 077	4 612
Årsarbetare (antal)	4 260	4 362	4 564

2.1.1 Resultat 2021

Bolagets resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -198 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige⁴ undantas styrelsens merkostnader och minskade intäkter till följd av coronapandemin vid avstämningen mot resultatkravet. Styrelsens merkostnader och minskade intäkter under 2021 uppgår till sammanlagt 391⁵ mnkr. Bolaget har under 2021 erhållit 339 mnkr i bidrag för täckning av merkostnader till följd av pandemin.

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

⁴ RS 2021-0124

⁵ Posten utgörs av 339 mnkr i coronarelaterade merkostnader och 52 mnkr i coronarelaterat intäktsbortfall.

Fullmäktige har även beslutat att effekterna av förändringen av diskonteringsräntan som används vid nuvärdesberäkning av bolagens pensionsavsättningar ska exkluderas i samband med avstämningen av resultatkravet. Styrelsens kostnader till följd av förändringen av diskonteringsräntan uppgår till 156 mnkr.

Sjukhusets resultat uppgår till 10 mnkr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och statsbidrag samt effekten av ändrad diskonteringsränta. Detta är 1 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts, men avvikelserna i förhållande till omsättningen är ytterst marginell.

I samband med delårsrapport 2021 prognostiserade styrelsen ett resultat på -460 mnkr, vilket skulle innebära ett minskat aktiekapital som behöver återställas. Därför ansökte styrelsen om och beviljades 400 mnkr⁶ i kapitaltäckning från moderbolaget LISAB. Detta redovisas som ett villkorat aktieägartillskott direkt mot eget kapital i balansräkningen och har därför ingen resultatpåverkan. Aktieägartillskottet är villkorat att återbetalas under 2022.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen erhåller bolaget dessutom ett koncernbidrag på 224 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till 26 mnkr. I den fortsatta analysen utgår revisionen från det justerade resultatet som används vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav.

Styrelsen beslutade i samband med verksamhetsplanen för 2021 om åtgärder för en ekonomi i balans motsvarande 225 mnkr och har vid årets slut realiserat 69 mnkr i vidtagna åtgärder, se även avsnitt 2.1.

2.1.2 Jämförelse med budget 2021

Den sammantagna resultatavvikelsen är marginell, men det finns större avvikelser i flera resultatposter, både på intäcks- och kostnadssidan.

Intäkter

Verksamhetens intäkter uppgår till 5 513 mnkr, vilket är 393 mnkr (7,7 procent) högre än budgeterat. Exklusive statsbidraget som sjukhuset fick som ersättning för merkostnader i samband med pandemin (339 mnkr) men inklusive den coronarelaterade intäktsbortfallet (34 mnkr) uppgår verksamhetens intäkter till 5 226 mnkr, vilka avviker positivt från budgeten med 105 mnkr (2,1 procent). Följande poster förklarar avvikelserna i verksamhetens intäkter.

Intäkterna för sålda primära tjänster överstiger budgeten med ca 69 mnkr. Avvikelsen för denna intäktspost förklaras av högre intäkter på 38 mnkr för såld hälso- och sjukvård än budgeterat, vilket beror på ökad ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) för överproduktion under årets sista

⁶ Aktieägartillskottet har vid balansdagen ökat det egna kapitalet och en fordran finns upp-
bokad i balansräkningen.

kvartal och ersättning för hantering av uppskjuten vård, samt förlorade intäkter p.g.a. pandemin (13 mnkr). Vidare påverkas de sålda primära tjänsterna av 17 mnkr högre intäkter för såld vård inom vårdval som i sig hänförs till högre ersättning inom vårdval förlossning men även förlorade intäkter inom andra vårdval (14 mnkr). Utomlänsintäkterna är 13 mnkr högre än budget efter justering för förlorade intäkter med 20 mnkr, till följd av att utomlänsvården inte uppnådde budgeterad volymer till följd av pandemin.

Erhållna bidrag, efter justeringen för ersättning för coronarelaterade merkostnader, är ca 19 mnkr högre än budget, vilket förklaras av framför allt ersättning för sjuklöner under året. Övriga intäkter är 16 mnkr högre än budget vilket till största del beror på intäktsföring av resterande projektmedel efter avslut av externa projekt.

Kostnader

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 5 357 mnkr, vilket är 487 mnkr (ca 10 procent) högre än budgeterat. Dessa innehåller coronarelaterade merkostnader på 339 mnkr som fördelas på samtliga kostnadsslag, men merparten på bemanningskostnaderna. Exklusive dessa merkostnader är den justerade avvikelsen 147 mnkr högre än budget. Nedanstående analys utgår ifrån posterna exklusive coronarelaterade merkostnader.

Av den justerade budgetavvikelsen är 89 mnkr hänförbart till bemanningskostnader, varav 67 mnkr avser kostnader för inhyrd personal. Sjukhuset arbetar med att hålla nere kostnaderna för inhyrd personal innebär att ingen budget finns för detta. Men p.g.a. den pågående pandemin har sjukhuset haft behov att anlita inhyrd personal för att kunna bemanna ordinarie vårdplatser och hantera köställd planerad vård. Resten av avvikelsen på 22 mnkr hänförs till ökade personalkostnader och beror på ett ökat antal helårsarbetare, en personalstyrka som har behövts för att kunna hantera köställd vård, täcka vakanser för ordinariepersonal m.m.

Kostnader för köpta verksamhetsanknutna tjänster överstiger budgeten med ca 28 mnkr, vilket i sin helhet förklaras av högre kostnader för laboratorietjänster i och med inflödet av mer vårdtunga patienter. Läkemedelskostnader understiger budgeten med 7 mnkr p.g.a. färre läkemedelsförskrivningar i framför allt öppenvården som pausats under pandemin. Materialkostnaderna är 4 mnkr högre än budget. Lokalkostnaderna är 5 mnkr högre än budget p.g.a. lokalanpassningar för att möjliggöra separering av patientinflöden och bedrivandet av vård.

Övriga kostnader överstiger budgeten med 30 mnkr vilket beror dels på högre textilkostnader, dels på högre kostnader för programvaror och IT-licenser. De sistnämnda upplever sjukhuset som problematiskt då dessa kostnader ökar i högre takt än den generella intäktsuppräkningsen enligt sjukhusavtalet samtidigt som effekterna av förbättrad IT-miljö dröjer.

Avvikelser i förhållande till budget har analyseras på en övergripande nivå, vilket innebär att större avvikelser i olika intäkts-/kostnadsposter inte går att spåra i analysen av ekonomiskt resultat. Då coronapandemins inverkan på ekonomin påverkat regionens verksamheter, om än i olika grad, försvaras jämförelser med året innan. Revisionen gör därför inte jämförelser med utfall för 2020 för någon av regionens styrelser eller nämnder.

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 107,4 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 143,6 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på ca 74,8 procent. Styrelsen anger i sin verksamhetsberättelse att pandemin har haft en stor påverkan på sjukhusets möjlighet att investera i takt med plan, vilket har varit fallet de senaste åren. I verksamhetsberättelsen anges ingen analys av effekterna av att inte kunna investera i den takt som behövs för att kunna fullfölja vårduppdraget.

Fullmäktige har beslutat om två verksamhetsspecifika mål avseende investeringar, dels att drift- och ersättningsinvesteringarna ska självfinansieras, dels om en hållbar investeringsutveckling som mäts via tre indikatorer. Samtliga indikatorer/mål är uppfyllda.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Fullmäktiges mål om ekonomi i balans har inte uppnåtts i och med att det justerade resultatet underskrider resultatkravet. Dock är den negativa resultatavvikelsen marginell i förhållande till sjukhusets omsättning (0,02 procent). Vidare konstaterar revisionen att sjukhuset har realiserat ca 31 procent av planerade effekter av åtgärderna för en ekonomi i balans.

Revisionen bedömer att pandemins effekter på sjukhusets ekonomi har varit stora. Det har i sin tur påverkat sjukhuset möjligheter att genomföra flera av de planerade åtgärderna för en ekonomi i balans. Pandemin innebär också att det är svårt att bedöma om sjukhuset har nått en anpassad kostnadsökningstakt som gör det möjligt att upprätthålla en ekonomi i balans.

Revisionen konstaterar att investeringstakten även i år, likt tidigare år, har varit lägre än planerad främst till följd av pandemin. Revisionen bedömer att styrelsen behöver ta fram konsekvensanalyser och handlingsplaner för hur investeringar ska genomföras för att klara av vårduppdraget och en ekonomi i balans såväl på kort som på lång sikt. Vidare bedömer revisionen att fullmäktiges mål om självfinansiering av drift- och ersättningsinvesteringar samt hållbara investeringar är uppfyllda.

Revisionen bedömer att det ekonomiska resultatet är tillfredsställande.

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, vilket styrelsen gör. I övrigt finns tydliga anvisningar om hur man ska bedöma⁷ måluppfyllelse i både budget och i de av regionledningskontoret givna anvisningarna.

Sjukhuset berörs av tio av fullmäktige beslutade verksamhets- och nämndspecifika mål⁸ som mäts via sammanlagt 33⁹ indikatorer. Enligt styrelsen har två indikatorer inte gått att mäta p.g.a. coronapandemin, båda hör till det verksamhetsspecifika målet *samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändring*. Dessa indikatorer har exkluderats från bedömningen av måluppfyllelsen. Sjukhuset uppfyller 7 av 10 verksamhets- och nämndspecifika mål, medan 2 är delvis uppfyllda och 1 inte är uppfyllt. Nedan analyseras de mål som är delvis eller inte uppfyllda.

En hälso- och sjukvård av god kvalitet (delvis uppfylld)

Målet mäts via sju indikatorer, varav tre uppfylls, tre inte uppfylls och en indikator utfall inte kan mätas ännu p.g.a. en SKR-bearbetning, vilket revisionen valt att exkludera från målbedömningen. Detta medför att målet som helhet bedöms delvis uppfyllt. Akutmottagningen har under året varit utsatt för ett hårt tryck av svårt sjuka patienter där en stor andel krävt slutenvård eller intensivvård. Den höga beläggningen på t.ex. slutenvården påverkar väntetiderna negativt. Flera aktiviteter har genomförts under året t.ex. förbättring av akuta vårdflöden och utökning av vårdplatskapacitet, men indikatorn *andel patienter som väntar högst fyra timmar på akutmottagning* uppfylls inte. Även indikatorn *andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar* uppfylls inte eftersom stora delar av planerad vård pausats under delar av året. Sjukhuset har dock under hösten vidtagit ett antal åtgärder för att kunna hantera köställd vård, vilket gjort att utfallet för indikatorn (76 procent) är nära målet (≥ 80 procent). Pandemin har också påverkat uppfyllelsen av indikatorn *genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukvården*, då medelvårdtiden för covidpatienter är hög både inom intensiv- och slutenvård.

Region Stockholms klimatpåverkan ska minska (delvis uppfylld)

Målet mäts via två indikatorer, varav *andel nollutsläppsfordon av ägda och leasade fordon inom bolaget ska vara ≥ 7 procent* inte är uppfylld. Sjukhuset

⁷ En indikator kan antingen vara uppfylld eller ej. Ett verksamhetsspecifikt eller nämndspecifikt mål är uppfyllt när mer än hälften av underliggande indikatorer är uppfyllda. Om bara hälften av indikatorerna uppfylls, anses målet vara delvis uppfyllt. Om färre än hälften av indikatorerna är uppfyllda, anses målet inte vara uppfyllt.

⁸ De ekonomiska målen har analyserats under avsnittet *Ekonomiskt resultat*.

⁹ I budgeten finns 34 indikatorer men en av de *andel patienter som får tid för första besöket hos specialistläkare inom 30 dagar*, har beslutats att ersättas med en annan indikator under pandemin. *andel patienter som får tid för första besöket hos specialistläkare inom 90 dagar*.

anger att statusen är oförändrad jämfört med 2020 för att inga nya bilar har införskaffats.

Attraktiv arbetsgivare (uppfylls inte)

Målet mäts via sju indikatorer varav fem inte uppfylls. De flesta indikatorerna är kopplade till frågor i årets medarbetarundersökning, som även i år genomfördes i förenklad form. Indikatorerna som inte uppfylls handlar om motivations-, styrnings-, ledarskaps- och totalindex utifrån höstens medarbetarundersökning samt sjukfrånvaron. Samtliga utfall har påverkats starkt av effekten av coronapandemin, då medarbetarna har haft en tuff situation att hantera covidpatienter och köställd vård. Förutom arbetsintensiteten har även de olika restriktionerna från Folkhälsomyndigheten påverkat sjukfrånvaron i hög grad.

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

2.2.2 Uppdrag från fullmäktige

Sjukhuset har under året haft tre uppdrag, varav två har genomförts, *kostnadsänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin* samt *sänkning av administrativa kostnader med 10 procent*. Revisionen har under året särskilt granskat det sistnämnda uppdraget¹⁰. Utfallet vid årets slut var i enlighet med prognosen vid delåret. Ett av uppdragen, *i sjukhusavtalet 2024 beakta finansiering av ny vårdbyggnad*, är inte genomfört eftersom avtalsförhandlingarna med HSN inte är klara.

2.2.3 Vårdproduktion

Pandemin har för andra året i rad haft en stor påverkan på sjukhusets vårdproduktion, även om årets produktion mätt i öppenvårdsbesök är högre än föregående år. De digitala kontakterna har däremot ökat kraftigt under pandemin.

Öppenvårdsbesöken är 40 574 (9,5 procent) färre än budgeterat. De planerade besöken står för ca 71 procent av den totala avvikelsen och är 28 911 färre än budgeterat, en avvikelse som enligt uppgift fördelas på samtliga specialiteter, med undantag för neurologi, njurmedicin och geriatrik. De akuta öppenvårdsbesöken är 11 663 färre än budget och står för 29 procent av den totala avvikelsen. Alla verksamheter inom akut öppenvård har underproducerat, med undantag för kardiologi. Kardiologen har haft fler besök, vilket beror på utökningen av den akuta dagvården. Som nämnts så har öppenvårdsbesöken påverkats starkt av pandemin då sjukhuset har allokerat om sina resurser till förmån för vård av covidpatienter.

Slutenvårdstillfällen är sammantaget 1 559 (3,1 procent) färre än budgeterat. De akuta slutenvårdstillfällena är 670 färre än budget, där kardiologen har

¹⁰ Revisionskontorets delrapporterings-PM 2021 för Danderyds Sjukhus AB, RK 2021-0018

underproducerat kraftigt som delvis kompenseras av en utökning av dagvården som gett fler öppenvårdsbesök. De planerade (elektiva) slutenvårdstillfällena är 889 färre än budget, och det beror på att planerade operationer har prioriterats ned i perioder med högbelastning av covidpatienter.

Antalet vårdplatser har i snitt varit 461 under året inklusive intensivvårdspplatser, vilket är 13 vårdplatser lägre än budget. Bemanningen är en förutsättning för att kunna hålla vårdplatser öppna, vilket inte har varit lätt under pandemin när stora delar av personalstyrkan har behövts omorganiseras för att klara av vård av covidpatienter. Som mest har sjukhuset under 2021 haft 30 disponibla intensivvårdspplatser att jämföra med 8 platser ett normalt år. Sjukhuset uppger att under 2021 har 1 772 patienter vårdats med bekräftat coronavirus jämfört med 2 241 patienter under 2020. Sjukhuset har producerat ca 100,6 procent av den avtalade målvolymen i DRG¹¹-poäng.

2.2.4 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer utifrån regionens modell för bedömning av måluppfyllelse att de verksamhetsmässiga målen i huvudsak har uppnåtts. I bedömningen har de två indikatorer som inte kan mätas p.g.a. pandemin exkluderats. Revisionen konstaterar att pandemin har haft stor påverkan på styrelsens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet liksom möjligheterna att genomföra förbättrande åtgärder. Även om de allra flesta indikatorer och i förlängningen även målen har gått att mäta, så bedömer revisionen att pandemin har haft en stor påverkan på utfallet både när det gäller verksamhetsmässiga mål och produktion.

Mot bakgrund av den vårdskuld som uppkommit under pandemin, trots att den till viss del hanterats under 2021, bedömer revisionen att det är viktigt att styrelsen fortsätter att vidta åtgärder för en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten. Vidare bedömer revisionen att det, mot bakgrund av den pågående pandemin, krävs ytterligare åtgärder för att sjukhuset ska bli en attraktiv arbetsgivare.

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin, är i huvudsak tillfredsställande.

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 regelbunden verksamhet. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3. Granskningen har genomförts av revisionskontoret och auktoriserad revisor.

¹¹ Diagnosrelaterade grupper

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

3.1.1 Ekonomistyrning

Sjukhuset har i delrapporten för 2021 prognostiserat årets resultat till -18 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnader och intäktsbortfall samt effekten av förändringen av diskonteringsräntan. Resultatet för helåret justerat för ovan nämnda poster blev 8 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Delårsprognosen innehöll en del osäkerheter, bland annat utvecklingen av pandemin och behovet av personal för att hantera köställd vård. Förbättringen av resultatet i förhållande till delårsprognosen beror bland annat på en generellt högre vårdproduktion avseende utomläns-/utrikes patienter under sista tertialet och att sjukhusets coronarelaterade merkostnader har ersatts i sin helhet.

Styrelsen hade redan i samband med verksamhetsplanen¹² beslutat om att vidta kostnadsreducerande åtgärder, främst inom personalområdet, på sammanlagt 300 mnkr för att uppnå målet om en ekonomi i balans. Styrelsen konstaterade dock att åtgärderna inte skulle vara möjliga att realisera i sin helhet. Planen för åtgärder reviderades till 235 mnkr. Åtgärder för att optimera bemanningen på sjukhuset är den beloppsmässigt största åtgärdsposten i åtgärdsprogrammet. Men de realiserade åtgärderna inom denna post är mycket lägre än planerat, vilket påverkats starkt av pandemin då resurser har krävts för att vårda covidpatienter och för att hantera köställd vård. Åtgärderna för ökade intäkter överskrider planen. Av intervjuer har framgått att skärpning av rutiner för t.ex. korrekt DRG-registrering är en av orsakerna. De åtgärder som faktiskt realiserades för året uppgår till 69 mnkr (29,4 procent), vilket är 35 mnkr lägre än delårsprognosen (104 mnkr).

I samband med sammanträdet i september¹³ gav styrelsen sjukhusledningen i uppdrag att återkomma med information om det strukturella underskottet och förslag på åtgärder för att kunna uppnå ett resultat i balans. Vid november sammanträdet informerades styrelsen om att det under 2022 kommer att behövas sättas in åtgärder på sammanlagt 195 mnkr för en ekonomi i balans, där fokus ska vara på att minska personalomsättningen för att undvika kostnader för inskolning, minska kostnader för inhyrd personal och övertidskostnader. På intäktssidan innebär åtgärderna en överproduktion som ska generera intäkter kopplade till DRG-poäng. För att ovanstående åtgärder ska kunna realiseras menar sjukhusledningen att effektiviseringar i verksamheten krävs.

Investeringsverksamheten har inte genomförts enligt plan de senaste åren. Genomgång av styrelsehandlingar under året visar att styrelsen har tagit beslut om flera större investeringar, men av det underlag revisionen tagit del av

¹² Lämnas in hösten innan verksamhetsåret 2021

¹³ Styrelseprotokoll nr. 09/2021, 2021-09-28

framgår inte hur de investeringar som inte genomförts enligt plan påverkar vårduppdraget.

Revisionen uppfattar att ekonomistyrningsprocessen som granskades 2020 är oförändrad. Vid styrelse- och ledningsgruppsmöten har bolagets ekonomi behandlats. Styrelsen har löpande informerats om åtgärder för att nå fullmäktiges ekonomiska resultatkrav samt prognoser för fortsättningen av året.

3.1.2 Verksamhetsstyrning

Pandemin har haft en stor påverkan på sjukhusets verksamhet och därmed påverkat starkt även styrningen av verksamheten. Processen för verksamhetsuppföljningen har dock inte förändrats p.g.a. pandemin. Under året har Danderyds sjukhus i olika perioder varit i olika beredskapslägen, från stabsläge till förstärkningsläge. Sjukhuset återgick till normalt läge den 1 mars 2022.

Styrelsen har löpande under året informerats om verksamhetsutveckling och uppföljning. Sjukhuset har under året omorganiserat sina resurser för att kunna möta det vårdbehov som har uppstått p.g.a. pandemin. Av styrelseprotokollen att bedöma, har tillgängligheten på akutmottagningen varit en prioriterad fråga för styrelsen. I samband med septembersammanträdet¹⁴ gav styrelsen sjukhusledningen i uppdrag att komma med en handlingsplan för vistelsetider på akutmottagningen. Handlingsplanen som senare presenterades för styrelsen innehöll åtgärder som innebar effektivisering i samband med patientinflöde, under vistelsen på akuten och patientutflödet. I sin verksamhetsberättelse uppger styrelsen att åtgärder för att förbättra patientflöden och minska väntetiderna på akutmottagningen inte har kunnat genomföras i sin helhet p.g.a. vårdtunga patienter som sökt sig till akutmottagningen.

Under året har varit stort fokus på förlossningsverksamheten då ett stort antal barnmorskor sade upp sig. Ledningen har presenterat ett antal åtgärder för styrelsen, t.ex. en barnmorska per födande i aktiv fas, uppdelning av förlossningskliniken till mindre enheter och arbetsrotation, men dessa åtgärder kommer att igångsättas under 2022.

Sjukhuset har redan i början av 2021 haft planer för hanteringen av vårskulden och ledningen har arbetat med olika scenarier beroende på hur pandemin skulle utveckla sig. Sjukhuset planerade att inom ramen för hanteringen av vårskulden ta emot 1 857 patienter både inom specialistmottagningsverksamheten och operation, vilket har genomförts till stor del.

3.1.3 Bedömning av ekonomi- och verksamhetsstyrning

Revisionen konstaterar att pandemin har även för 2021 haft en stark påverkan på sjukhusets ekonomi och verksamhet och försvårat för styrelsen att uppnå önskvärda effekter av vidtagna åtgärder. Revisionen bedömer att

¹⁴ Styrelseprotokoll nr. 09/2021, 2021-09-28

styrelsen och sjukhusledningen under året har arbetat med att vidta åtskilliga åtgärder för att uppfylla fullmäktiges mål och sitt verksamhetsuppdrag.

Revisionen konstaterar att åtgärdsprogrammet för en ekonomi i balans inte har realiserats enligt plan. Vidare konstaterar revisionen att trots åtskilliga åtgärder från styrelsens och ledningens sida, så är fortfarande väntetiderna på akutmottagningen långa.

Revisionen ser förbättringsområden när det gäller sambandsanalys mellan olika åtgärder för en ekonomi i balans och dess påverkan på produktion och måluppfyllelse, t.ex. hur väl optimering av bemanning (en åtgärd för ekonomi i balans) rimmar med krav på överproduktion och personalsituationen på sjukhuset.

Revisionen saknar också en analys och handlingsplan om hur ej genomförda investeringar ska kunna genomföras för att kunna upprätthålla tillräcklig produktion och uppfylla vårduppdraget.

Revisionen bedömer i övrigt att styrelsen har kontinuerligt informerats om arbetet med pandemin och i övrigt följt upp verksamheten som under ett normalår.

3.2 Kvalitetssäkring av uppgifter om kvalitetsindikatorer

Revisionen har granskat sjukhusets arbete med kvalitetssäkring av kvalitetsindikatorer. Syftet med granskningen har varit att bedöma om sjukhuset har en tillräcklig kontroll avseende registrering av uppgifter som ligger till grund för utfallet av kvalitetsindikatorer. Granskningen har utförts genom intervjuer på sjukhusövergripande nivå och på vårdområden som ansvarar för stroke- respektive hjärtsjukvård.

Kvalitetsindikatorer tas fram och redovisas i flera olika syften, både som ett sätt att säkerställa sjukvårdens kvalitet i enlighet med avtalet mellan HSN och akutsjukhusen men även som ett stöd för sjukhusets eget kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Indikatorerna är enligt sjukhusavtalet kopplade till målrelaterad ersättning. För 2021 finns det 57 sjukhusgemensamma kvalitetsindikatorer¹⁵ som tas upp i sjukhusavtalet som ska följas upp av de regionägda akutsjukhusen.

3.2.1 Registreringsprocessen

Revisionen uppfattar att utfallet för flertalet kvalitetsindikatorer är hämtade från nationella kvalitetsregister, t.ex. Swedheart¹⁶ respektive Riksstroke¹⁷ samt att även registrering av uppgifter sker direkt i dessa register. Uppgifterna för registreringen hämtas från patientjournaler i journalsystemet TakeCare. Det är vissa utsedda sjuksköterskor som hämtar uppgifterna från

¹⁵ Dessa indikatorer ska följas upp av de regionägda akutsjukhusen enligt en plan

¹⁶ Kvalitetsregister för hjärtsjukvården

¹⁷ Kvalitetsregister för strokesjukvården

journalssystemet och registrerar dessa manuellt i kvalitetsregistren. Det finns även registreringar som är automatiserade, men de flesta är manuella.

De registeruppgifter som ligger till grund för de sjukhusgemensamma indikatorerna samlas ihop av kvalitetssutvecklare vid sjukhusets verksamhetsområden och samlas centralt på sjukhuset för att senare vidarebefordras till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF).

3.2.2 Kontroller som säkerställer riktigheten i uppgifterna

Av intervjuer framkommer att det finns risk att det uppstår fel dels när uppgifter från journalerna läggs in i kvalitetsregistren och dels när de senare förs över till sjukhuset centralt och till HSF¹⁸. Detta eftersom registreringen av uppgifter bygger på manuell hantering. Granskningen visar att det finns kontroller som ska säkerställa att registreringen av uppgifter skett på rätt sätt. Inom kvalitetsregistret för hjärtsjukvården genomförs en stickprovsmässig kontroll av registreringen av uppgifter av en särskilt utsedd sjuksköterska från Karolinska sjukhuset¹⁹. För strokesjukvården förekommer det att ansvarig läkare granskar registreringar om det uppstår oklarheter hur uppgifter i en journal ska tolkas.

Därutöver finns vissa möjligheter att jämföra sjukhuset register med andra register och andra vårdgivare vilket kan bidra till att eventuella fel i registreringen upptäcks. Inom strokevården finns exempelvis ett internationellt så kallat SITS-register där delvis liknande uppgifter registreras som i de nationella strokeregistren. Skulle uppgifterna i registren skilja sig åt kan det bero på brister i registreringen. Även stora skillnader vad gäller indikatorvärden mellan sjukhus kan vara en indikation på att sjukhusen registrerar på olika sätt.

Det sker även en viss kvalitetskontroll av uppgifterna i samband med att uppgifterna från kvalitetsregister hämtas av verksamhetsutvecklarna och senare vidarebefordras till sjukhusledningen och till HSF. Särskilt om uppgifterna avviker från tidigare mönster kan det föranleda att verksamhetsutvecklare respektive sjukhusledning att ställer frågor till de som är ansvariga för registreringen av uppgifter om vad som förklarar dessa avvikelser.

Det finns även risk att de uppgifter som finns i journalerna är felaktiga och då kommer även uppgifter i kvalitetsregister och sjukhusindikatorer bli felaktigt registrerade. I viss utsträckning kan felaktiga uppgifter i journalerna upptäckas och korrigeras av de sjuksköterskor som genomför registreringar i kvalitetsregistren.

Felkällor kan upptäckas när verksamhetsområdescheferna och/eller kvalitetscontrollers på central nivå på sjukhuset gör en jämförelse av data över tid.

¹⁸ HSF kan ibland själv gå in i olika kvalitetsregister och hämta uppgifter för ett specifika kvalitetsindikatorer

¹⁹ Denna sjuksköterska är utsedd av kvalitetsregistret Swedheart.

Finns det stora skillnader så kan det vara en indikation om att något blivit fel vid registreringen.

3.2.3 Utbildning och instruktioner

För att undvika fel i registreringen, finns inom ramen för arbetet med kvalitetsregistren, manualer framtagna på nationell nivå om hur registreringen ska gå till. Det genomförs även utbildningar riktade till de sjuksköterskor som ska genomföra registreringen. Även HSF har upprättat instruktioner kopplade till varje kvalitetsindikator som finns i anslutning till sjukhusavtalet.

3.2.4 Uppföljning

Månatliga uppföljningar av kvalitetsindikatorerna görs på verksamhetsområdesnivå. Sjukhusledningen diskuterar resultaten med verksamhetsområdena tre gånger om året. I granskningen har framkommit att det primära syftet med uppföljningen på klinisknivå är att höja kvaliteten i vårdprocesserna och bidra till utvecklingen av metoder för högre patientsäkerhet. Att det finns en kopplad ersättning till måluppfyllelsen är av intresse främst på högre sjukhusnivå.

3.2.5 Bedömning

Eftersom registreringen av indikatorer bygger i de flesta fall på en manuell hantering i flera led finns risk för att de värden som sjukhuset redovisar för olika kvalitetsindikatorer är felaktiga. Revisionen bedömer dock att det finns rutiner både inom ramen för de nationella kvalitetsregisterna och sjukhusets hantering av uppgifterna som gör att riskerna för stora felaktigheter upptäcks. Om felaktigheter i registreringen av uppgifter leder till stora förändringar från ett år till ett annat eller om sjukhusets värden avviker kraftigt från andra liknande vårdgivare bedömer revisionen att det finns rutiner som gör att sådana felaktigheter ska kunna upptäckas. Mindre felaktigheter, som ligger inom ramen för en normalvariation, är dock sannolikt svårare att identifiera. I slutändan beror kvaliteten på de värden som sjukhuset redovisar på kvaliteten på de uppgifter vårdpersonalen lämnar i sjukhusets vårdjournaler. Revisionen bedömer att de rutiner som finns innebär en tillräcklig kontroll av inrapporteringen av kvalitetsdata.

3.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljö och arbetsförhållanden är viktiga faktorer för att regionen ska fortsätta att vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare. I arbetsgivarens långtgående ansvar ingår både förebyggande arbetsmiljöarbete, åtgärdande av konstaterade brister samt individuella insatser i form av rehabilitering etc. Arbetsgivaren ska i samverkan med arbetstagarrepresentanter ta fram riskanalyser och handlingsplaner. Ett bristfälligt systematiskt arbetsmiljöarbete riskerar att leda till ohälsa för personalen och ökad sjukskrivning, men också svårigheter att rekrytera och behålla personal. Coronapandemin har haft en stor påverkan på sjukhusens verksamhet, inte minst på

arbetsbelastningen för medarbetarna, vilket är förknippat med både personalmässiga och patientsäkerhetsmässiga risker om inte sjukhusen vidtar åtgärder.

Utifrån ovanstående har revisionen granskat om Danderyds sjukhus bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och regionens styrdokument. Granskningen har gjorts parallellt med granskningen av Södersjukhuset. I granskningen ingår även hanteringen av så kallade 6:6a-anmälningar till arbetsgivaren och/eller arbetsmiljöverket (AV), se även avsnitt 3.3.5. Granskningen har skett via intervjuer på övergripande sjukhusnivå och verksamhetsområdesnivå samt dokumentstudier. Granskningen har avgränsats till verksamhetsområdena geriatrik, akutmottagningen och kirurgi.

3.3.1 Planering av SAM i enlighet med krav

Revisionen har granskat hur sjukhuset säkerställer att verksamheten planeras på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Enligt sjukhusets riktlinjer²⁰ består SAM av fyra steg, undersökning, riskbedömning, vidtagande av åtgärder och uppföljning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Undersökningen och kartläggningen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön görs via olika metoder, medarbetarundersökning, utvecklingssamtal, skyddsron, arbetsplatsträffar (APT), konsekvens och riskbedömning vid förändring av verksamhet samt statistik inom arbetsmiljöområdet.

Granskningen visar att sjukhuset regelbundet undersöker arbetsförhållandena och bedömer risker för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. Revisionen noterar att ett sjukhusövergripande årshjul som stöd för det systematiska arbetsmiljöarbetet är under framtagande.

Vidare visar granskningen att det finns variationer mellan verksamheterna i hur ofta skyddsron genomförs. I intervjuer med fackliga representanter har det framkommit att det finns vissa arbetsplatser där skyddsroner inte genomförs. Revisionen har tagit del av dokumentation av genomförda skyddsroner under år 2021, t.ex. skyddsron checklista, skyddsronsprotokoll eller åtgärdsplan, från samtliga i granskningen ingående verksamheter. Granskningen visar att det inte sker någon sjukhusövergripande uppföljning av att skyddsroner genomförs i alla delar av organisationen. Arbetsmiljöavvikelser inrapporterade i avvikelssystemet Händelsevis och resultatet från medarbetarenkäten används i arbetet kring riskbedömning och riskanalys. Kravet på att ta fram handlingsplaner utifrån genomförd enkät om arbetsmiljö under pandemin har undantagits på grund av pandemin.

Samverkan mellan arbetsgivaren och samverkansgrupper i stort uppges fungera väl och samverkan sker i flera fall med tätare intervall än i samverkansavtalet. Det framkommer i intervjuer att det i vissa fall är svårt att få

²⁰ Att arbeta systematiskt med den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (2021-07-09)

medarbetare att engagera sig fackligt, bland annat då de lokala fackliga representanterna inte alltid upplevs få tillräckligt med tid för det fackliga arbetet.

3.3.2 Organisation, ansvar, styrdokument och kompetens

Revisionen har granskat hur sjukhuset säkerställer att verksamheten genomförs på ett sätt som leder till god arbetsmiljö, om det finns relevanta styrdokument i området och om ansvar och roller inom arbetsmiljöområdet är tydliga inom organisationen.

På området finns det regiongemensamma styrdokument som ska följas av alla bolag och nämnder. Det är medarbetarpolicyn, som anger styrande principer för medarbetare och chefer och Region Stockholm som arbetsgivare. På sjukhusnivå finns en dokumenterat arbetsmiljöpolicy som syftar till att ge medarbetare och chefer kunskap, stöd och vägledning i ett väl fungerande arbetsmiljö- och hälsoarbete utifrån gällande lagstiftning, samverkansavtal, riktlinjer och handlingsplaner. Danderyds sjukhus har flertalet skriftliga dokument med bäring på arbetsmiljöarbetet i form av riktlinjer, rutiner och instruktioner. Granskningen visar att de styrande dokumenten har implementerats i hela verksamheten med undantag för geriatriken p.g.a. ägarbytet 2020²¹ och pandemin.

Vidare visar granskningen att ansvar och roller för arbetsmiljöarbetet är tydliga och är dokumenterade i styrdokument²². Sjukhusets delegationsordning beskriver ansvar och arbetsuppgifter kopplat till det systematiska arbetsmiljöarbetet. Dokumentet innehåller ett skriftligt accepterande av arbetsmiljö- och miljöansvar. En bilaga till chefskontraktet beskriver arbetsmiljöansvaret och de arbetsmiljöuppgifter som åligger första linjens chef.

Granskningen visar att ansvariga har tillräckliga befogenheter men att det finns vissa utmaningar kopplat till resurser och kompetens. Enligt AFS 2001:1 6 § ska arbetsgivaren se till att chefer med tilldelade arbetsmiljöuppgifter har tillräcklig kompetens för att bedriva ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. Under pandemin har två dagars obligatoriska utbildning i arbetsmiljö ersatts av en e-utbildning som har lanserats successivt under 2021. Därför är det i dagsläget enligt HR-direktör och HR-strateg för tidigt att följa upp hur många chefer som genomgått samtliga avsnitt inom denna utbildning. Vidare framgår det av granskningen att e-utbildningen är obligatorisk och att uppföljning av deltagande kommer att ske under år 2022. Sjukhuset planerar att komplettera e-utbildningen med en fysisk utbildning under nästa år. Vad gäller resurser framkommer att det finns vissa utmaningar kopplat till ekonomiska förutsättningar, hög sjukfrånvaro och vård av barn under pandemin samt utmaningar med utflödet på akuten.

²¹ Danderyds sjukhus övertog geriatriken från Stockholms Läns Sjukvårdsområde till sin egen regi i början av 2020

²² Policy för arbetsmiljö och hälsa samt riktlinje - att arbeta med den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

3.3.3 Uppföljning av arbetsmiljöarbetet

Sjukhuset har flera metoder för att följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet. Uppföljning av att överenskomna åtgärder genomförts ska rapporteras löpande i arbetsplatsträffar (APT), i samverkansmöte samt genom verksamhetsuppföljning tillsammans med sjukhusledningen. Revisionen noterar att uppföljningen varierar mellan verksamhetsområdena när det gäller återrapportering i APT och samverkansgrupperna.

Revisionen har tagit del av statistik kring rapporterade arbetsmiljöavvikelser i Händelsevis från januari 2020 till november 2021. År 2020 rapporterades 2 265 arbetsmiljöavvikelser och t.o.m. november 2021 rapporterades 1 575 arbetsmiljöavvikelser. Av intervjuerna framgår att det finns skillnader mellan de olika verksamhetsområdena som ingick i granskningen, när det gäller rapportering av avvikelser. Akutmottagningen registrerar flest avvikelser. Det råder också lokala skillnader när det gäller uppföljning och återkoppling av avvikelser och upprättande av handlingsplaner kring arbetsmiljö i t.ex. APT och samverkansgrupper.

Granskning har visat att sjukhusstyrelsen tar del av resultatet från medarbetarundersökningen, arbetsmiljörelaterade nyckeltal, anmälningar enligt 6 kap 6 a § som går vidare till Arbetsmiljöverket. Styrelsen tar del av övrig information med koppling till det systematiska arbetsmiljöarbetet vid behov. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 11 § ska arbetsgivaren varje år göra en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet samt dokumentera uppföljningen skriftligt. Syftet med uppföljningen är att styrelsen som ytterst ansvarig får kännedom om hur arbetsmiljöarbetet fungerat samt om eventuella brister eller förbättringsområden. Det görs dock inte någon samlad uppföljning av arbetsmiljöarbetet på sjukhusövergripande nivå under året.

3.3.4 Arbetsmiljöåtgärder under pandemin

I granskningen har revisionen tagit del av material kring arbetsmiljöåtgärder under pandemin. Det handlar om regionens instruktioner för riskbedömning för gravida medarbetare under pandemin²³, riskbedömning av arbetsmiljön under pandemin²⁴, riskbedömning av risk för att exponeras för covid-19²⁵ och enkätresultat avseende covid-19. Sjukhusledningen har också beslutat om olika riktlinjer och stöddokument under pandemin om t.ex. krisstöd till chefer, beslut om återhämtningsdagar och utökad friskvårdsstöd m.m. All information kring coronapandemin har samlats på ett och samma ställe på intranätet och gjorts tillgängliga för medarbetare. Uppföljning av arbetsmiljön under pandemin har skett på övergripande nivå, men ibland har verksamhetsområdena gjort egna lokala undersökningar. Andra åtgärder som har

²³ Region Stockholms instruktion "Riskbedömning för gravida medarbetare i samband med covid-19" (2021-09-30 samt 2021-04-20)

²⁴ Riskbedömning av arbetsmiljön under Covid-19 (giltig 2020-04-09 - 2022-10-09)

²⁵ Förflyttning av medarbetare enligt AB 6§ - Riskbedömning av arbetsmiljön där risk för att exponeras för Covid -19 kan förekomma

vidtagits under pandemin är hygienrelaterade, t.ex. att hygienronder har genomförts oftare än tidigare.

3.3.5 Hantering av anmälningar enligt Arbetsmiljölagen 6:6a

Ett skyddsombud kan och med stöd av arbetsmiljölagen 6:6a göra en anmälan direkt till AMV om medarbetare eller skyddsombudet först har lyft arbetsmiljöproblem till sin chef som i sin tur underlåtit att vidta åtgärder eller om åtgärderna inte är tillräckliga.

Sjukhuset har inte en dokumenterat rutin för hantering av anmälningarna enligt arbetsmiljölagen 6:6a, vilket enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter ska finnas för verksamheter med fler än tio anställda. En sådan rutin håller dock enligt uppgift på att arbetas fram på övergripande sjukhusnivå.

Sjukhuset har under perioden januari 2020 – november 2021 haft fyra anmälningar till Arbetsmiljöverket, varav två handlar om personalbrist, en om arbetsmiljön kopplat till dagsljus och en om krav på ökad bemanning och tid för återhämtning. Revisionen har tagit del av underlaget till anmälningarna och arbetsgivarens svar. Svar har lämnats inom skälig tid utifrån arbetsmiljölagens krav. Granskningen visar att det finns ett etablerat arbetssätt för hantering av anmälningar.

3.3.6 Bedömning

Revisionen bedömer vidare att det finns dokumenterade styrdokument som tydliggör hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas på sjukhuset samt hur roll-, ansvarsfördelningen och befogenheter ser ut. Det finns styrdokument och instruktioner som stöd för chefer i arbetsmiljöarbetet. Revisionen ser att det finns utbildningar i arbetsmiljöfrågor i syfte att säkerställa tillräcklig kompetens hos ansvariga chefer, men sjukhuset behöver följa upp och säkerställa deltagandet i de framtagna utbildningarna för att säkerställa följsamheten till AFS 2001:1 6 §.

Revisionen bedömer att det på lokalnivå finns brister i uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet, t.ex. uppföljning och återkoppling av inrapporterade avvikelser eller uppföljning och återkoppling av upprättade handlingsplaner i olika medarbetarforum. Vidare bedömer revisionen att ledningen behöver se till att en samlad och dokumenterad uppföljning av arbetsmiljöarbetet på sjukhusövergripande nivå lämnas till styrelsen under året i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 11 §.

Revisionen bedömer att sjukhuset har ett etablerat arbetssätt för hantering av anmälningar enligt 6 kap 6 a § Arbetsmiljölagen och ser positivt på det arbete som pågår med att dokumentera en sjukhusövergripande rutin kring detta. Slutligen konstaterar revisionen att sjukhusledningen har vidtagit relevanta arbetsmiljöåtgärder under pandemin och att informationen har tillgängliggjorts för medarbetare.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att sjukhusets ledning behöver förbättra det systematiska arbetsmiljöarbetet, exempelvis följa upp chefers deltagande i de obligatoriska arbetsmiljöutbildningarna samt följa upp och återkoppla avvikelser och handlingsplaner samt årligen följa upp och rapportera arbetet inom området till sjukhusstyrelsen.

Rekommendationer

- Ledningen bör följa upp chefernas deltagande i obligatoriska arbetsmiljöutbildningar i syfte att säkerställa att alla chefer har tillräckligt med kompetens och förutsättningar att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med AFS 2001:1.
- Ledningen bör säkerställa att uppföljning och återkoppling av det systematiska arbetsmiljöarbetet sker på ett tillräckligt sätt i alla delar av organisationen genom att avvikelser och handlingsplaner baserade på dessa presenteras i lämpliga medarbetarforum.
- Ledningen bör genomföra en samlad och dokumenterad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet och rapportera det till sjukhusstyrelsen i enlighet med AFS 2001:1.

3.4 Systematiskt brandskyddsarbete

Revisionen har granskat brandskyddsarbetet vid Danderyds Sjukhus AB, vilket har skett parallellt med granskning på Södersjukhuset AB och Karolinska universitetssjukhuset. Syftet med granskningen har varit att bedöma om sjukhuset i rollen som verksamhetsutövare bedriver ett systematiskt brandskyddsarbete (SBA) i enlighet med nationella regler och regionens föreskrifter. Även företrädare för Locum har intervjuats.

Enligt lag ska den som äger en byggnad eller den som bedriver verksamhet där i skälig omfattning hålla utrustning för släckning av brand och för livräddning vid brand eller annan olycka. I övrigt ska de åtgärder vidtas som behövs för att förebygga brand och för att hindra eller begränsa skador till följd av brand. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har i allmänna råd preciserat lagkraven. Inom regionen är ansvaret för brandskyddet vid sjukhusen delat mellan fastighetsägaren Locum och sjukhusen som verksamhetsutövare. I en utredning i samband med en granskning av fastighetsägaransvaret inom hälso- och sjukvårdsverksamheten konstaterade revisionen att sjukhusen har ansvar för att vidta s.k. ”verksamhetsanknutna åtgärder”.

Granskningen av brandskyddsarbetet har omfattat frågor om sjukhusets dokumentationen för brandskydd är uppdaterad, om tillräckliga egenkontroller genomförs, om utbildning och övning genomförs, om incidentrapportering sammanställs samt om sjukhusets rutiner för brandskydd har uppdaterats efter om- och tillbyggnader vid sjukhuset. Granskningen har genomförts via dokumentstudier och intervjuer. Inga fysiska kontroller har genomförts.

3.4.1 Rutiner och dokumentation

Sjukhuset har riktlinjer och anvisningar²⁶ för säkerhetsarbetet där brandskydd ingår. Sjukhuset kommer att göra en revidering av dessa riktlinjer så fort regionens riktlinjer är beslutade. Förutsättningar för att med egen personal utföra en akut insats är upptagen i riktlinjerna där ordningsvakter och vaktmästare beskrivs som särskilda resurser.

Brandombuden i verksamheten saknar egentlig skriftlig rutin utan får utbildning av säkerhetshandläggaren centralt på sjukhuset. Brandombuden har dock åtgärdskort som tjänar som lathund, även om kunskapen om dessa lathundar varierar i verksamheten. Vidare har Danderyds sjukhus en förteckning över brandfarliga varor som finns hos säkerhetshandläggaren. En beskrivning av tekniska brandskyddsåtgärder finns avseende, branddörrar och brandcellsindelning, brandlarm, sprinklersystem och brandredskap.

Sjukhuset har också en utbildningsplan för SBA som redovisar vem som ska utbildas och när. Vad avser uppföljningen av genomförda teoretiska utbildningar har det i intervjuer framkommit att detta hanteras av HR-avdelningen som följer upp genomförandet av teoretiska utbildningar inom SBA. Genomförandet av praktiska brandskyddsutbildningar hanteras dock av säkerhetshandläggaren. Underhåll- och kontrollplan för SBA redovisas i Ansvarsfördelning i brandsäkerhetsfrågor, bilaga 4 till hyresavtalet med Locum. I denna bilaga redovisas såväl ansvarsfördelningen mellan sjukhuset och Locum som tidsintervall för kontroller och revision av brandsäkerhetsåtgärder. Genomförda egenkontroller sammanställs och följs upp centralt av brandskyddsamordnaren.

3.4.2 Egenkontroller

Sjukhuset genomför egenkontroller av brandtekniska installationer en gång i månaden. Dessa rapporteras in i systemet Klara, som är en plattform där säkerhetshandläggaren samlar in egenkontroller i syfte att kunna genomföra en god uppföljning. I systemet finns en funktion där säkerhetshandläggaren får en påminnelse om någon verksamhet glömt rapportera in egenkontroller.

Revisionen har tagit del av statistiken över genomförda egenkontroller under de första två kvartalen 2021. Granskningen visar att under första kvartalet hade ca 59 procent av verksamheterna genomfört egenkontroller, och under andra kvartalet 64 procent, vilket enligt genomförda intervjuer beror på pandemin. Omfattningen av egenkontrollerna finns beskriven i Ansvarsfördelning i brandsäkerhetsfrågor.

3.4.3 Utbildning och kompetens

Samtliga anställda genomför en introduktionsutbildning där brandskydd ingår i form av en föreläsning av säkerhetsfunktionen på sjukhuset. En praktisk brandutbildning genomförs där personalen övar med släckare och docka.

²⁶ Säkerhet - riktlinjer och anvisningar Danderyds sjukhus, DSVT-S-916438.

Repetitionsutbildning genomförs vart 3:e år, både genom teori och praktik. Linjecheferna är ansvariga för att nyanställda genomför utbildningen.

Danderyds Sjukhus har digitaliserat sin teoretiska utbildning under pandemin. HR-avdelningen är ansvarig för att skicka ut länk till den digitala utbildningen. Det framgår även av intervjuer att HR är ansvariga för att följa upp att personalen genomfört utbildningarna. I intervjuerna framgick även att organisationen har påbörjat ett arbete med planering för olika typer av övningar. Övningsupplägget är uppbyggt i tre olika steg, en liten muntlig övning, mellanövning som genomförs i lokalerna hos respektive avdelning och en stor övning som genomförs tillsammans med räddningstjänsten och flera avdelningar. Revisionen har tagit del av lista med deltagare på utbildningarna under pandemin och konstaterar att deltagandet har varit lågt och att repetitionsutbildningarna inte genomförts enligt plan.

3.4.4 Incident- och felrapportering

Incident- och felrapporter sammanställs i avvikelssystemet Händelsevis. Verksamheten är ansvariga för att skriva vårdavvikelse när en incident eller ett fel uppmärksammas. Enligt intervjuer är verksamheternas rapportering bristfällig och i nuläget finns det ingen ytterligare rutin utöver rapportering av vårdavvikelse.

Bevakningsorganisationen på Danderyds sjukhus består av väktare som genomför ronderingar på sjukhuset. I uppdraget ingår enligt intervjuer också att upprätta incident- och felrapporter. Enligt intervjuer kan detta ske under en patrullering då ett fel uppmärksammas och det är bevakningsorganisationen som ansvarar för att skriva brandlarmsrapporter vid brandlarm. Revisionen uppfattar att rapporteringsgraden är låg. I det fall en avvikelse som rör brandsäkerhet har noterats, skickas den vidare till säkerhetsorganisationen som i sin tur lämnar förslag på åtgärd och följer upp att avvikelsen har åtgärdats.

3.4.5 Om- och tillbyggnation av betydelse för brandskydd

Säkerhetsorganisationen deltar i samverkansmöten med byggavdelningen när en tillbyggnation ska genomföras. I bildade projektgrupper tillses det enligt intervjuer att de nya verksamheter som ska nyttja lokalerna får ta del av regler för brandskydd och brandskyddsrutinerna. Under coronapandemin har nya riktlinjer för behandling av covidpatienter med syrgas gått ut till sjukhusen via Locum. Verksamheterna har under pandemin även behövt införskaffa stora mängder ytdesinfektion, vilket är ett brandfarligt ämne. För detta ändamål har säkerhetsorganisationen beställt containrar som en alternativ förvaringslösning, då de befintliga skåpen sjukhuset nyttjar för förvaring inte räckt till.

3.4.6 Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhuset har en uppdaterat dokumentation för brandskyddet som följer de allmänna råden från MSB. Vidare bedömer

revisionen att sjukhuset, även med hjälp av fastighetsägaren, har rutiner och genomför aktiviteter/åtgärder som rör brandsäkerhet och brandskydd i samband med om- och tillbyggnationer.

Revisionen bedömer att sjukhuset har en låg andel av verksamheterna som genomfört egenkontroller, även om detta kan ha naturliga orsaker i och med den pågående pandemin. Inte heller brandutbildningarna följer planen och deltagandet under pandemin har varit låg. Revisionen menar att brandsäkerheten bör vara lika prioriterat även under kristider.

Revisionen bedömer att när väl incidenter och fel rapporteras i avvikelshanteringssystemet, så finns det tillräckliga rutiner för att vidta åtgärder. Mot bakgrund av att rapporteringsfrekvensen i Händelsevis avseende brandskyddsincidenter inte är hög och att egenkontroller inte har gjorts i större utsträckning, så ser revisionen en risk att sjukhuset har en underrapportering av incidenter. Vidare finns det risk att en uppdelad ansvarsfördelning mellan säkerhetshandläggare och bevakningsorganisation riskerar leda till att incidenter och rapporter inte fångas upp på central nivå. En sådan ansvarsfördelning förutsätter en god kommunikation mellan säkerhetshandläggaren och bevakningsorganisationen.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att sjukhusets ledning behöver stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet när det gäller ansvarsfördelningen inom sjukhuset för att minska risken för underrapportering av.

Rekommendationer:

- Ledningen bör säkerställa att rutiner följs och ansvarsfördelningen stärks för att minska risken för underrapportering av incidenter inom det systematiska brandskyddsarbetet.

3.5 Organisation för hantering av oegentligheter

Revisionen har granskat sjukhusets organisation för hantering av eventuella oegentligheter utifrån COSO²⁷-ramverkets komponenter för intern kontroll²⁸. Med oegentligheter avses här ett medvetet bedrägligt beteende som strider mot regionens eller sjukhusets regelverk. Ansvar för att förebygga, upptäcka och åtgärda oegentligheter ligger alltid på den aktuella verksamheten.

Revisionen har avgränsat sin granskning till vårdrelaterade områden, som läkemedelshantering, avvikelshantering risker förknippade med DRG-registrering, mutor inom vården och dylikt.

²⁷Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

²⁸ Regionens riktlinjer för internkontroll bygger på COSO-ramverket som har fem komponenter, kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollfunktioner/kontrollåtgärder, information/kommunikation samt uppföljning och tillsyn.

3.5.1 Styrdokument, roller och ansvar

Av regionens riktlinje för säkerhet²⁹ framgår att varje förvaltning eller bolag ska ha lokala riktlinjer för skydd mot oegentligheter, ekonomisk brottslighet, mutor och jäv. Danderyds sjukhus saknar en sådan sjukhusövergripande riktlinje, dock hanteras de krav som ställs i regionens riktlinjer i huvudsak i andra lokala styrdokument.

Sjukhuset hänvisar till regionens styrdokument, men har ett antal lokala styrdokument som i olika grader tar upp oegentligheter. Styrdokumenten är uppdaterade och finns tillgängliga på sjukhusets intranät.

Det för sjukhuset mest centrala styrdokument är riktlinjerna för anti-korruption³⁰ som konkretiserar regionen policy för anti-korruption³¹. Policyn konkretiserar ansvaret för uppföljning och att det yttersta ansvaret för uppföljning och efterlevnaden av styrdokumentet ligger hos vd och styrelsen samt beskriver olika tillämpningsområden och visar på olika scenarier där korruption kan uppstå.

Vidare har sjukhuset en riktlinje för avvikelshantering³² där det hänvisas till regionens där allvarliga oegentligheter och missförhållanden anonymt kan anmälas. Sjukhuset har även riktlinjer för externfinansierade projekt³³, där det bland annat finns en beslutad hanteringsordning av externa för att undvika att sjukhuset eller en anställd hamnar i en situation där muta kan miss tänkas.

På regional nivå finns en uppförandekod³⁴ där det framgår att chefer i Region Stockholm har ett särskilt ansvar för att skapa ett öppet klimat där medarbetare kan rapportera misstankar om oegentligheter, överträdelser och incidenter utan risk för repressalier. Där lyfts också vikten av att arbeta förebyggande och att överträdelser och missförhållanden rapporteras.

Sjukhuset har också samverkansregler med läkemedels-, medicintekniska och laborietekniska industrin³⁵ som är framtagna för att alla parter ska upprätthålla ett oberoende förhållningssätt i enlighet med de regler som finns i lagstiftningen. Det åligger verksamhetscheferna att se till att alla medarbetare har god kännedom om regelverket samt följa upp att samverkansreglerna efterlevs. Vidare finns det regler för läkemedelshantering³⁶, inklusive

²⁹ Riktlinjer för säkerhet, LS 1407-0877, Bilaga 1

³⁰ Riktlinje för anti-korruption, DSVT-S-978966

³¹ Riktlinjer för anti-korruption RS 2020-0266

³² Riktlinje för avvikelshantering på Danderyds Sjukhus AB, DSVT-S-482677

³³ Riktlinje projekt-externfinansierade, DSVT-S-360182

³⁴ Policy uppförandekod (RS 2019-0829)

³⁵ Samverkansregler med läkemedels-, medicintekniska och laborietekniska industrin, DSVT-S-1018613

³⁶ TakeCare – Läkemedelsmallar, sjukhusövergripande regler och uppdragsbeskrivning för förvaltning av läkemedelsmallar, DSVT-S-702461

hantering av narkotikaklassade läkemedel³⁷, för att undvika otillbörlig beteende inom vårdverksamheten.

3.5.2 Riskbedömning och kontrollfunktioner som omhändertar risken
Revisionen konstaterar att den sjukhusövergripande riskanalysen och planen för intern kontroll inte innehåller risker som berör oegentligheter. Av intervjuerna framkommer att risker inom ovannämnda områden hanteras på en lägre nivå inom sjukhuset. De bedöms aldrig så höga för att aggregeras till den sjukhusövergripande riskanalysen, utan hanteras inom ramen för linjeansvaret och den löpande kontrollen på en lägre nivå inom sjukhuset.

Granskningen visar att inom ramen för läkemedelshanteringen identifieras och omhändertaras risker främst utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Men det finns flera risker för oegentligheter kopplat till områden inom läkemedelshanteringen; exempelvis gäller det olika avtal, beställningar, receptföreskrivningar till patient utanför tjänsteuppdraget (fritidsföreskrivning), narkotikahandling samt samverkan med läkemedelsindustrin. Det finns däremot redan idag ett antal kontroller som minskar risken för oegentligheter inom dessa områden, t.ex. att de genomgår medicinska och farmaceutiska kvalitetskontroller som också granskas av jurister. Vidare görs kontroller för att säkerställa att beställning av läkemedel endast görs av behörig personal och att föreskrivning endast i första hand ska ske av läkemedel som finns i Kloka listan³⁸. Sjukhuset genomför även stickprovskontroller i läkemedelsjournalen för att kontrollera narkotikauttag mot givna doser.

Riskerna för medveten felregistrering av diagnoser för ökad ekonomisk ersättning upplevs som väldig låg. Det finns en särskild DRG-grupp på sjukhuset för att följa upp rutinerna och kontrollerna av DRG-registrering.

Huruvida avvikelserapportering i syfte att skydda sig själv eller kollega undviks är enligt intervjuer svår att bedöma. Uppmuntran att registrera avvikelser från ledningen sida uppges minska risken att undanlåta registrering.

3.5.3 System för rapportering av oegentligheter och hanteringen av dessa
Sjukhuset menar att i enlighet med riktlinjerna för anti-korruption uppmanas medarbetare inom sjukhuset att alltid vända sig till sin närmsta chef för att rapportera oegentligheter och missförhållanden, i synnerhet när det handlar om utsatthet på arbetet³⁹. I det fall närmsta chefen är inblandad i dessa missförhållanden så går man till ansvarig chef högre upp i organisationen. Om medarbetaren så önskar kan hen göra en anmälan direkt till sjukhusets

³⁷ Narkotikahandling – sjukhusövergripande riktlinje DSAB, DSVT-S-370659

³⁸ Kloka listan innehåller läkemedel som rekommenderas för behandling av vanliga sjukdomar i primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Region Stockholms läkemedelskommitté beslutar, efter förslag från läkemedelskommitténs expertgrupper, vilka läkemedel som ska rekommenderas i Kloka listan.

³⁹ Det handlar om utsatthet i form av hot och våld samt sexuella trakasserier på arbetsplatsen. Medarbetaren måste i så fall själv göra en polisanmälan kring detta

centrala HR-funktion. Arbetsmiljöavvikelser uppmanas anmälas i sjukhusets avvikelshanteringssystem Händelsevis.

I det fall man vill behålla anonymiteten så länkar sjukhuset till regionens centrala visselblåsarfunktion på sjukhusets intranät. Sjukhuset har ingen dokumenterad rutin för hantering av inkomna anmälningar via visselblåsartjänsten. Av intervjuerna framgår dock att det är sjukhusets HR-avdelning och chefsjurist som tar emot anmälningarna från visselblåsarfunktionen och tillsammans gör en första utredning om vad anmälan handlar om innan den eventuellt skickas vidare till andra avdelningar inom sjukhuset där frågan hör hemma.

3.5.4 Information och kommunikation

Av intervjuerna framgår att sjukhusledningen informerar om styrdokument i samband med nyanställning. Men exempelvis läkemedelshantering och diagnosregistrering är också en del av yrkesetiken och ingår i både AT- och ST-utbildningen. Revisionen uppfattar dock av intervjuerna att medvetenheten om risken för oegentligheter i olika sammanhang är låg och HR-avdelningen planerar under 2022 genomföra insatser för att öka medvetenheten om t.ex. visselblåsartjänsten på intranätet.

Granskningen visar att vd informeras om eventuella oegentligheter när det anses vara befogat. Sjukhusledningen eller styrelsen har inte efterfrågat någon samlad rapport över under året inkomna anmälningar.

3.5.5 Bedömning av hanteringen av eventuella oegentligheter

Revisionen bedömer att det finns styrdokument som berör olika områden där oegentligheter och missförhållanden kan förekomma. De är uppdaterade och lättillgängliga för medarbetarna. Vidare bedömer revisionen att det finns kontroller inom de granskade riskområdena för att omhänderta risker.

Det finns kanaler för anmälan av oegentligheter och missförhållanden även för den som vill vara anonym. Revisionen bedömer att sjukhusets hantering av dessa anmälningar sker strukturerat och skyndsamt.

Revisionen bedömer dock att det finns förbättringspotential när det gäller att sjukhusledningen inkluderar oegentligheter som ett återkommande riskområde. Genom detta ökas även medvetenheten inom området. Vidare kan rapportering av inkomna anmälningar till vd och sjukhusledningen förbättras.

3.6 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

De granskningar som genomförts av revisionskontoret och av den auktoriserade revisorn som inte lett till iakttagelser redovisas nedan.

Den auktoriserade revisorn har granskat redovisningsrutiner i samband med investeringar utan väsentliga iakttagelser. Vidare har den interna kontrollen i samband med ledningsnära kostnader och representation samt lönerutiner

granskats med mindre iakttagelser men som inte påverkar den sammantagna bedömningen av den interna kontrollen.

Både den auktoriserade revisorn och revisionskontoret har översiktligt granskat planen för intern kontroll utan väsentliga iakttagelser. Den innehåller för verksamheten väsentliga risker och sjukhuset arbetar aktivt med uppföljning och uppdateringen av både risker och riskvärdering. Revisionen konstaterar att risker kopplat till den pågående pandemin är högst aktuella.

Revisionskontoret har granskat hanteringen av uppdraget om minskning av administrativa kostnader utan väsentliga iakttagelser. Revisionen konstaterar att sjukhusets definition av administrativa kostnader och beräkningsmetoder överensstämmer med RLK:s och revisionens tolkning. Revisionen bedömer att sjukhuset kommer att uppnå indikatorns målvärde och genomföra uppdraget från fullmäktige.

Revisionen har gjort en genomgång av fullmäktiges beslutade styrdokument och identifierat vilka krav som ställs i dessa på att nämnder och styrelser ska upprätta lokala styrdokument. Utifrån detta har revisionen granskat om Danderyds sjukhus har upprättat de dokument som krävs och att de är giltiga. Granskningen har inte lett till väsentliga iakttagelser.

3.7 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. Revisionen konstaterar att sjukhuset arbetar systematiskt med hantering av revisionens rekommendationer.

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

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

Räkenskaperna bedöms av den auktoriserade revisorn vara rättvisande.

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

Danderyds Sjukhus AB

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29448 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1476	Styrelsen bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	ÅR 2021 Arbete kvarstår eftersom informationssäkerhets- och data-skyddskoordinatorerna håller på att sätta igång med sitt uppdrag. Revisionen anser följa upp rekommendationen under 2022.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59596 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i en uppdaterad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	●	ÅR 2021 Enligt uppgift kommer sjukhuset att revidera sin katastrofberedskapsplanen under 2022. Revisionen följer upp rekommendationen under nästkommande år.

Övriga

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29441 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1181	Styrelsen bör säkerställa att det på övergripande nivå samt för olika verksamheter arbetas fram kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer enligt ISO 22301:2014.	●	ÅR 2021 Bolaget anger att arbetet med att ta fram kontinuitetsplaner är delvis överfört till 2022 p.g.a. den fortsatta pandemin. Det som påverkar arbetet med kontinuitetsplaner är det faktum att planerat metodstöd uteblivit från regionen

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			centralt samt att arbetet med att utveckla krisberedskapsorganisationen varit nödvändigt för att skapa en organisation som hanterar bland annat kontinuitetsplaneringsfrågor. Revisionen bedömer att rekommendationen kvarstår.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2021

Danderyds Sjukhus AB

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29452 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1558	Sjukhusledningen bör säkerställa att rutin för kontroll och borttagning av behörigheter i systemet TakeCare följs, bland annat genom att anställda som inte längre behöver en behörighet i systemet meddelar verksamhetschefen.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har under år 2021 tillsatt en projektgrupp för att säkerställa en korrekt behörighetstilldelning och avslut av behörigheter på sjukhuset. Det finns t ex rutiner inom bolaget som triggas igång när medarbetare byter uppdrag genom att chef fyller i en ändring av anställning eller att chef meddelar DS-IT att uppdraget inte längre är kvar. Revisionen anser att rekommendationen är åtgärdad.
29453 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1559	Sjukhusledningen bör säkerställa att anställda med känsliga behörigheter i systemet TakeCare inte behåller dessa längre än det är nödvändigt för deras yrkesutövning.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har under år 2021 tillsatt en projektgrupp för att säkerställa en korrekt behörighetstilldelning och avslut av behörigheter på sjukhuset. Det finns t ex rutiner inom bolaget som triggas igång när medarbetare byter uppdrag genom att chef fyller i en ändring av anställning eller att chef meddelar DS-IT att uppdraget inte längre är kvar. Rekommendationen anses vara åtgärdad.
77173 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör följa upp chefernas deltagande i obligatoriska arbetsmiljöutbildningar i syfte att säkerställa att alla chefer har tillräckligt med kompetens och förutsättningar att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med AFS 2001:1.	–	ÅR 2021 Ny rekommendation.
77174 Från rapport	Ledningen bör säkerställa att uppföljning och återkoppling av det systematiska arbetsmiljöarbetet sker på ett tillräck-	–	ÅR 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2021 Årsrapport	ligt sätt i alla delar av organisationen genom att avvikelser och handlingsplaner baserade på dessa presenteras i lämpliga medarbetarforum.		Ny rekommendation
77175 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör genomföra en samlad och dokumenterad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet och rapportera det till sjukhusstyrelsen i enlighet med AFS 2001:1.	–	ÅR 2021 Ny rekommendation.
77176 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att rutiner följs och ansvarsfördelningen stärks för att minska risken för underrapportering av incidenter inom det systematiska brandskyddsarbetet.	–	ÅR 2021 Ny rekommendation.

Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59597 Från rapport 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör revidera de interna processbeskrivningarna och stödjande mallar utifrån regionens övergripande investeringsriktlinje så att den lokala investeringsprocessen överensstämmer med den regionala åtgärdsvals- och investeringsprocess, ange en beloppsgräns för när ett investeringsärende ska lyftas till regionstyrelsen och vidare till fullmäktige, specificera vad investeringar av betydande karaktär innebär för att kunna följa upp att utvärdering av effektmål görs och att informationen i de olika stödjande mallarna och investeringsprocessen är samstämmiga.	–	ÅR 2021 Nya investeringsriktlinjer för region Stockholm beslutade i slutet av 2021. Revisionen anser följa upp rekommendationen mot dessa under 2022.
59598 Från rapport 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör förbättra den interna kontrollen i investeringsprocessen genom att säkerställa att erforderliga underlag alltid bifogas ett investeringsärende innan beslut.	–	ÅR 2021 Nya investeringsriktlinjer för region Stockholm beslutade i slutet av 2021. Revisionen anser följa upp rekommendationen mot dessa under 2022.

Regionrevisorerna

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59599 Från rapport 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör stärka den interna kontrollen genom att säkerställa att erforderliga underlag finns för representationsfakturer samt att en årlig genomgång av attesträtterna görs.	●	ÅR 2021 Den auktoriserade revisorn anser att sjukhuset har förbättrat efterlevnaden av sina egna rutiner i området. Stickprovsgranskningen visar inga väsentliga iakttagelser. Rekommendationen anses vara åtgärdad.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57173 Från rapport 2020/11 projektrapport	Sjukhusledningen behöver utveckla formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas	●	ÅR 2021 Under året har sjukhuset arbetat med att få till en fungerande avvikelshantering eftersom olika aktörer har olika system. Sjukhuset har haft samverkansmöten med kommunerna, representanter för särskilda boenden samt geriatriska kliniker i norra delen av länet. En genomgång på sjukhuset av avvikelshandlingen visade att det interna flödet inom sjukhuset inte fungerar helt optimalt då vissa avvikelser inte nått rätt instans. Revisionen bedömer att arbete pågår, men att visst arbete kvarstår.

Övriga

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29427 Från rapport 2016 Delrapport Tidigare ID 859	Ledningen bör följa upp att samtliga chefer kontrollerar och attesterar utbetalningslistor i samband med löneutbetalningstillfällena.	●	ÅR 2021 Den auktoriserade revisorn anser att kontrollen är förstärkt på sjukhuset och bedömer rekommendationen som åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER 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. Avvikelse kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande

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

Otillfredsställande

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

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna 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/uppfoljningsbara.
3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.
4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en plan för intern kontroll, i enlighet med regionens fastställda regelverk, fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.
5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.
7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.
8. Nämnden/styrelsen har säkerställt en tillräcklig beredning av ärenden.
9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

Bedömningskriterier

Tillräcklig

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

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.