

Årsrapport 2021

# Södersjukhuset AB

Regionrevisorerna

2022-03-31

Diarienummer  
RK 2021-0021Styrelsen  
Södersjukhuset AB**ÅRSRAPPORT 2021**  
**Södersjukhuset AB**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2022-03-31 att överlämna rapporten till styrelsen för Södersjukhuset AB för yttrande senast 2022-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson  
Ordförande  
*Digital signering*

Snezana Kronic  
Sekreterare  
*Digital signering*

## Sammanfattning – Södersjukhuset 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	<b>X</b>		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	<b>X</b>		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	<b>X</b>		

### Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Sjukhusets ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -251 mnkr.

Enligt beslut i fullmäktige ska coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall undantas vid avstämningen av resultatkravet. Dessa poster uppgår till 424 mnkr. Bolaget har även erhållit 390 mnkr i bidrag för täckning av merkostnader till följd av pandemin. Fullmäktige har även beslutat att effekten av förändringen av diskonteringsräntan<sup>1</sup>, som för bolaget uppgår till 206 mnkr, ska undantas vid avstämningen av resultatkravet.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till -11 mnkr, vilket är 26 mnkr 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 Södersjukhuset och beviljades 100 mnkr i kapitaltäckning från moderbolaget LISAB. Detta redovisas som ett villkorat aktieägartillskott direkt mot eget kapital i balansräkningen och har därför ingen

<sup>1</sup> Diskonteringsräntan beslutas årligen av Finansinspektionen och används i nuvärdesberäkningen av bolagens pensionsförpliktelser

resultatpåverkan. Det ekonomiska resultatet, trots den marginella negativa avvikelserna 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 verksamhets-specifika 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 målet *en hälso- och sjukvård av god kvalitet* inte uppnåtts. Det andra målet som inte uppnås är *en attraktiv arbetsgivare*. Två mål är delvis uppfyllda. Att målen inte uppnåtts beror till stor del på pandemin.

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. Undantaget är de akuta slutenvårdstillfällena som överstiger budgeterad nivå. Fullmäktiges uppdrag om att minska de administrativa kostnaderna med tio procent har inte genomförts.

Det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin, 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 anser dock att styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser. Dels för hur planerade kostnadsreducerande åtgärder inom personalområdet påverkar möjligheterna för sjukhusets att genomföra sitt vårduppdrag. Dels hur investeringar ska kunna genomföras för att klara vårduppdraget och nå en ekonomi i balans såväl på kort som lång sikt.

Revisionen har under året granskat kvalitetssäkringen av kvalitetsindikatorer, sjukhusets systematiska arbetsmiljöarbete, systematiska brandskyddsarbete och bolagets 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 systematiska arbetsmiljöarbete. Ledningen bör

exempelvis säkerställa chefers kompetens inom området samt följa upp och återkoppla avvikelser och handlingsplaner om arbetsmiljön, både på lokal och sjukhusövergripande nivå, samt årligen följa upp och rapportera arbetet inom området till sjukhusstyrelsen.

Styrelsens interna styrning och kontroll bedöms, utifrån genomförd granskning, vara i huvudsak 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 är 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	10
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	10
3.2	Kvalitetssäkring av kvalitetsindikatorer	14
3.3	Systematiskt arbetsmiljöarbete	17
3.4	Systematiskt brandskyddsarbete	21
3.5	Organisation för hantering av oegentligheter	24
3.6	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	28
3.7	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	28
4	Räkenskaper	29
4.1	Årsredovisningen	29
	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 Södersjukhuset AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för specialiserad akut och planerad sjukvård, huvudsakligen inom regionens södra delar. För att underlätta patienters omhändertagande på rätt vårdnivå ska sjukhuset samverka med närsjukvården. Sjukhuset ska bedriva högspecialiserad vård inom kärl- och handkirurgi medan akut och planerad bassjukvård ska bedrivas i begränsad omfattning. Sjukhuset ska även utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), regionens övriga akutsjukhus och regionfinansierade privata vårdgivare samt kommunerna i länet. 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 revisionsledning 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 Tomas Mathiesen vid KPMG.

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. Lekmannarevisorernas har träffat bolagsstyrelsen för dialog under hösten 2021.

## 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
<b>Resultaträkning (mnkr)</b>			
Verksamhetens intäkter	5 928	6 426	5 996
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 5 913	-6 677	-5 929
- varav omställningskostnader	-	-23	-36
<b>Resultat före bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>15</b>	<b>-251</b>	<b>67</b>
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	424	236
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	- 390	- 205
Effekten av förändring av diskonteringsräntan	-	206	0
<b>Justerat resultat</b>	<b>15</b>	<b>-11</b>	<b>98</b>
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	244	
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-	-85
<b>Resultat efter bokslutsdisposition och skatt<sup>2</sup></b>	<b>15</b>	<b>- 7</b>	<b>-18</b>
Balansomslutning (mnkr)	-	5 174	4 612
Årsarbetare (antal)	4 284	4 618	4 564

#### 2.1.1 Resultat 2021

Sjukhusets resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -251 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige<sup>3</sup> undantas sjukhusets merkostnader och minskade intäkter till följd av coronapandemin vid avstämningen mot resultatkravet. Sjukhusets merkostnader och minskade intäkter under 2021

<sup>2</sup> Resultat efter bokslutsdispositioner och skatt är lika med resultatet före bokslutsdispositioner och skatt med hänsyn tagen till lämnade/erhållna skattemässiga koncernbidrag.

<sup>3</sup> RS 2021-0124

uppgår till sammanlagt 424<sup>4</sup> mnkr. Bolaget har under 2021 erhållit 390 mnkr i bidrag<sup>5</sup> för täckning av merkostnader till följd av pandemin.

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. Sjukhusets kostnader till följd av förändringen av diskonteringsräntan uppgår till 206 mnkr.

Sjukhusets resultat uppgår till -11 mnkr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och statsbidrag samt effekten av ändrad diskonteringsränta. Detta är 26 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 0,4 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts, men avvikelsen är marginell i förhållande till sjukhusets omsättning.

I samband med delårsrapport 2021 prognostiserade styrelsen ett resultat på -450 mnkr, vilket skulle innebära ett minskat aktiekapital som behöver återställas. Därför ansökte styrelsen om och beviljades 100 mnkr<sup>6</sup> 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 har bolaget dessutom erhållit ett koncernbidrag på 244 mnkr. Resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -7 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 162 mnkr och har vid årets slut realiserat 58 mnkr i vidtagna åtgärder, se även avsnitt 2.1.2.

#### 2.1.2 Jämförelse med budget 2021

##### *Intäkter*

Verksamhetens intäkter uppgår till 6 426 mnkr, vilket är 498 mnkr (8,4 procent) högre än budgeterat. Exklusive ersättning för coronarelaterade poster i samband med pandemin (-390 mnkr), men inklusive det coronarelaterade intäktsbortfallet (+34 mnkr) uppgår verksamhetens intäkter till 6 070 mnkr,

---

<sup>4</sup> Posten utgörs av 390 mnkr i coronarelaterade merkostnader och 34 mnkr i coronarelaterat intäktsbortfall.

<sup>5</sup> Sjukhusets coronarelaterade merkostnader har ersatts i sin helhet, dels via statsbidrag för ändamålet, dels via interna medel via hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2021-0043).

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

vilka avviker positivt från budgeten med 142 mnkr (2,4 procent). Följande poster förklarar avvikelsen i verksamhetens intäkter.

Patientavgifter överstiger budget med 17 mnkr, varav 6 mnkr är justering för förlorade intäkter. Intäkterna för sålda primära tjänster är 43 mnkr högre än budgeterat, varav 27 mnkr är justering för förlorade intäkter fördelade på olika delposter och resterande 16 mnkr förklaras av bland annat högre utomlänsintäkter och högre intäkter på ett sidoavtal samt högre intäkter för NIMA<sup>7</sup>. Högre intäkter för NIMA beror på att verksamheten skulle överföras till Danderyds sjukhus, men det sistnämnda inte kunde öppna vårdplatser för ändamålet i tid. Sjukhuset har även erhållit fast ersättning för den rörliga delen av sjukhusavtalet t.o.m. september 2021 och inga avdrag har gjorts för målrelaterad ersättning.

Erhållna bidrag justerade för statsbidrag som täcker coronarelaterade merkostnader överstiger budgeten med ca 52 mnkr, varav 15 mnkr utgör ersättning för sjuklöner, ca 13 mnkr ersättning för utbildning av specialistsjuksköterskor med bibehållen lön och ca 23 mnkr för omställningsprojekt som inte var budgeterade<sup>8</sup>.

Övriga intäkter är 31 mnkr högre än budgeterade. Avvikelsen utgörs av flera mindre delposter som t.ex. regionens ersättning för personalgåvor (5 mnkr), ersättning för antigen tester på akuten (7 mnkr), ersättning för ST-utbildning och chefsutbildning (4 mnkr), ersättning för innovationsprojekt (4 mnkr), läkemedelsåterbäring (3 mnkr) och högre externa medel kopplade till projekt (5 mnkr) m.m.

#### *Kostnader*

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 6 231 mnkr, vilket är 566 mnkr (ca 10 procent) högre än budgeterat. Dessa innehåller coronarelaterade merkostnader på 390 mnkr som fördelas på samtliga kostnadslag, men merparten på bemanningskostnaderna. Exklusive dessa merkostnader är den justerade avvikelsen 176 mnkr högre än budget. Nedanstående analys utgår ifrån posterna exklusive coronarelaterade merkostnader.

Av den justerade budgetavvikelsen är 191 mnkr hänförligt till bemanningskostnader, varav 82 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 av att anlita inhyrd personal till största del för att täcka bristen på

---

<sup>7</sup> Neurologisk intermediär vårdavdelning - utreder och behandlar akut sjuka patienter med sjukdomstillstånd i centrala och perifera nervsystemet, som epilepsi, hjärntumörer, MS m.fl. Budgeten för denna avdelning lades på lägre nivå, då hälften av denna verksamhet var planerat att övergå till Danderyds Sjukhus AB, men så blev inte fallet.

<sup>8</sup> Södersjukhuset har haft möjlighet att använda kvarstående medel från tidigare omställningsprojekt.

sjuksköterskor, men även för att ge ordinarie personal möjlighet till återhämtning samt för att kunna hantera köställd planerad vård. Resten av avvikelserna på 109 mnkr hänförs till ökade personalkostnader och beror på ett ökat antal helårsarbetare. Detta förklaras till viss del med att sjukhuset fr.o.m. juni 2021 har tagit över personalmatsalen i egen regi samt att en ny avdelning startats under hösten inom internmedicin p.g.a. ökad beredskap för pandemin.

Kostnaderna för verksamhetsknutna tjänster är 7 mnkr lägre än budget p.g.a. färre köpta laboratorieanalys- och externa röntgentjänster. I denna post ingår även läkemedelskostnader som understiger budgeten med 21 mnkr, vilket enligt styrelsens verksamhetsberättelse hänger ihop med dels det lägre inflödet av patienter till följd av pandemin, dels sjukhusets omställning till biosimilarer<sup>9</sup>. Materialkostnaderna överstiger budgeten med 30 mnkr och hänförs till inköp av sjukvårdsartiklar och medicinskt material för att hantera köställd vård, men även p.g.a. dyrare engångsmaterial. Lokalkostnaderna överstiger budgeten med 18 mnkr vilket i sin helhet kan hänföras till utnyttjade av kvarvarande (och obudgeterade) omställningsmedel för anpassning av lokaler.

Övriga kostnader är 35 mnkr lägre än budget, en avvikelse som utgörs av flera delposter. De största avvikelserna är lägre resekostnader (-7 mnkr), lägre IT-kostnader (-10 mnkr), högre övriga konsultkostnader (+13), vilket beror på att arbetet med att hålla nere dessa kostnader har pausats av pandemin, lägre kostnader för diverse tjänster (-32 mnkr), högre kostnader för reparation och underhåll (+6 mnkr) samt högre kostnader för textilier (+5 mnkr).

Styrelsen beslutade i budgeten för 2021 om ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans motsvarande 162 mnkr. I slutet av året har sjukhuset realiserat 58 mnkr (36 procent) av dessa. En stor del av kostnadsminskningarna, 41 mnkr (71 procent) har genomförts inom personalområdet genom ett strikt dispensförfarande avseende nyanställningar och inhyrd personal.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i styrelsens verksamhetsberättelse. Då coronapandemins inverkan på ekonomin påverkat regionens verksamheter, om än i olika grad, försvåras 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 152,5 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget för 2021 på 201,5 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 75,7 procent.

---

<sup>9</sup> Källa Föreningen för generiska läkemedel och biosimilarer: en biosimilar är en kopia på ett biologiskt läkemedel, d.v.s. ett läkemedel som är framställt med hjälp av levande celler. Biosimilarer är tillåtna i EU och godkänns genom en särskild process där läkemedelsföretagen måste visa prekliniska och kliniska data, ibland lika omfattande som för originalläkemedlet.

Styrelsen anger ingen specifik förklaring till budgetavvikelsen i sin verksamhetsberättelse. Granskningen visar dock att den pågående pandemins påverkan på ekonomi och verksamhet har påverkat investeringstakten enligt plan. Analysen av utfallet för investeringarna i verksamhetsberättelsen bör förbättras för att kunna bedöma effekter på såväl ekonomi som verksamhet av att investeringar inte genomförs, se avsnitt 3.1.1.

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. Två av dessa är uppfyllda, en har inte gått att mäta och handlar om utvärdering av beslutade effektmål<sup>10</sup>. Givet den modell<sup>11</sup> som används inom regionen för bedömning av måluppfyllelse, har sjukhuset uppnått fullmäktiges mål gällande investeringar.

#### 2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts fullt ut i och med att det justerade resultatet underskrider resultatkravet med 26 mnkr. Den negativa resultatavvikelsen är marginell i förhållande till sjukhusets omsättning (0,4 procent).

Verksamheten har fortsatt i hög grad varit påverkad av coronapandemin och det är därför svårt att bedöma om sjukhuset har nått en anpassad kostnadsökningstakt som gör det möjligt att upprätthålla en ekonomi i balans. Revisionen konstaterar att sjukhuset har realiserat ca 36 procent av planerade effekter av åtgärderna för en ekonomi i balans.

Revisionen konstaterar att investeringstakten även i år, likt tidigare år, har varit lägre än planerat främst till följd av pandemin. 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

---

<sup>10</sup> Styrelsen för Södersjukhuset AB har beslutade om nya lokala investeringsriktlinjer under 2020 där det framgår att effektmål utvärderas för enskilda investeringar av ett värde av  $\geq 2$  mnkr två år efter att investeringen är genomförd. Ingen retroaktiv utvärdering sker för investeringar genomförda innan 2020.

<sup>11</sup> Se avsnitt 2.2.1 för närmare beskrivning av denna modell.

tydliga anvisningar om hur man ska bedöma<sup>12</sup> måluppfyllelse i både budget och i de av regionledningskontoret givna anvisningarna.

Sjukhuset berörs av tio av fullmäktige beslutade verksamhets- och nämndspecifika mål<sup>13</sup> som mäts via sammanlagt 33<sup>14</sup> indikatorer. Enligt styrelsen har två indikatorer inte gått att mäta p.g.a. coronapandemin, båda hör till det verksamhetspecifika målet *samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändring*. Dessa indikatorer har exkluderats från bedömningen av måluppfyllelsen. Sjukhuset uppfyller 6 av 10 verksamhets- och nämndspecifika mål, medan 2 är delvis uppfyllda och 2 inte är uppfyllda. Nedan analyseras de mål som är delvis eller inte uppfyllda.

*En hälso- och sjukvård av god kvalitet (uppfylls inte)*

Fyra av sju indikatorer uppfylls inte, vilket medför att målet i sin helhet inte bedöms uppfyllt. Akutmottagningen har under året varit utsatt för ett hårt tryck av svårt sjuka patienter där en stor andel krävt slutenvård eller intensivvård. De aktiviteter som planerades i samband med verksamhetsplanen för 2021, t.ex. förbättring av akuta vårdflöden och utveckling av nya vårdformer, har enligt styrelsens verksamhetsberättelse behövts omprövas och senareläggas för att inte belasta personalen med utvecklingsarbete. Därmed uppfylls inte indikatorn *andel patienter som väntar högst fyra timmar på akutmottagning*.

Inte heller indikatorn *andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar* uppfylls eftersom stora delar av planerad vård pausats under året. Sjukhuset har dock under hösten vidtagit ett antal åtgärder för att kunna hantera köställd vård, vilket gjort att utfallet för indikatorn (78 procent) är nära målet ( $\geq 80$  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. Sjukhuset når inte heller målet för *antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle* där styrelsen i sin verksamhetsberättelse anger att sjukhusets möjligheter att påverka utvecklingen är begränsade.

Styrelsen har i samband med verksamhetsplan 2021 beslutat om fem egna indikatorer kopplade till detta fullmäktigemål, varav två uppfylls och tre inte uppfylls. Dessa handlar om att uppnå en viss andel av sjukhusgemensamma

---

<sup>12</sup> En indikator kan antingen vara uppfylld eller ej. Ett verksamhetspecifikt 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.

<sup>13</sup> De ekonomiska målen har analyserats under avsnittet *Ekonomiskt resultat*.

<sup>14</sup> I budgeten finns 34 indikatorer men en av de *andel patienter som får tid för första besöket hos specialläkare inom 30 dagar*, har beslutats att ersättas med en annan indikator under pandemin. *andel patienter som får tid för första besöket hos specialläkare inom 90 dagar*.

och sjukhusspecifika mål som patientsäkerhet och patientnöjdhet samt vårdflöden enligt sjukhusavtalet med HSN.

#### *Attraktiv arbetsgivare (uppfylls inte)*

Målet mäts via sju indikatorer varav en uppfylls och sex 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, andelen medarbetare som utsatts för hot och/eller våld i arbetet samt sjukfrånvaron. Styrelsen anger i sin verksamhetsberättelse att samtliga värden har påverkats starkt av effekten av coronapandemin, då medarbetarna har haft en tuff situation för att hantera covid-patienter och köställd vård. Förutom arbetsintensiteten har även de olika restriktionerna från Folkhälsomyndigheten påverkat sjukfrånvaron i hög grad. Styrelsen har inom ramen för detta mål beslutat om en lokal indikator *andel tillsvidareanställda sjuksköterskor som arbetat längre än två år ska vara högre än 70 procent*, vilken inte uppnås.

#### *Social hållbarhet (delvis uppfylld)*

Målet mäts via två indikatorer. Indikatorn *andelen vidtagna åtgärder inom identifierade förbättringsområden utifrån folkhälsoanalyser* går inte att bedöma av två anledningar. Den ena är att det inte finns ett målvärde att bedöma emot. Beräkningen av andelen vidtagna åtgärder säger inte mycket om måluppfyllelsen. Den andra är att sjukhuset inte har infört folkhälsoanalyser i sin berednings- och beslutsprocess, vilket enligt RLK:s anvisningar innebär att sjukhuset i sin berednings- och beslutsprocess ska analysera hur politiska förslag, utredningar och projekt påverkar folkhälsan.

#### *Region Stockholms klimatpåverkan ska minska (delvis uppfylld)*

Målet mäts via två indikatorer varav den ena, *andel nollutsläppsfordon av ägda och leasade fordon inom bolaget ska vara  $\geq 7$  procent, inte uppfylls*. Södersjukhuset leasar fem miljöklassade bilar, men de är inte nollutsläppsfordon. Styrelsen har beslutat om en egen lokal indikator kopplat till detta mål, *andelen uppfyllda miljömål ska vara 100 procent*, vilket sjukhuset uppnår till 83 procent. Av sjukhusavtalet med HSN framgår ett antal kvalitets- och miljömål som i regel är ersättningsgrundande. Under 2021 har HSN dock betalat full ersättning för detta till sjukhuset utan krav på prestation från sjukhusets sida.

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

#### 2.2.2 Uppdrag från fullmäktige

Sjukhuset har haft två uppdrag från fullmäktige under 2021, varav den ena är pågående enligt plan. Revisionen har under året särskilt granskat fullmäktiges uppdrag om minskning av administrativa kostnader<sup>15</sup>. Bolaget

---

<sup>15</sup> Revisionskontorets delrapporterings-PM 2021 för Södersjukhuset AB, RK 2021-0021

prognostiserade i sin delårsrapport att uppdraget skulle vara genomfört vid årets slut och beskriver i verksamhetsberättelsen att så är fallet. Revisionen konstaterade redan i samband med delrapporterings-PM till ledningen att sjukhuset har gjort en annan tolkning av uppdraget än andra verksamheter inom regionen, vilket innebär att uppdraget är genomfört när andelen administrativa kostnader i förhållande till verksamhetskostnaderna har minskat med tio procent. Revisionen anser vidare att även om syftet med både fullmäktiges indikator och själva uppdraget är att minska de administrativa kostnaderna, så är beräkningsmetoden av utfallet olika. Sjukhuset har enligt egen utsaga haft kontakt med RLK angående definitionen och RLK har godkänt sjukhusets sätt att räkna fram utfallet.

Revisionen konstaterar dock att sjukhuset arbetar löpande med att sänka de administrativa kostnaderna så långt möjligt utan att påverka kärnverksamheten. Styrelsen tar i sin verksamhetsberättelse för 2021 upp att uppdraget inte är lätt att genomföra då kraven på rapportering till olika intressenter inte minskar i takt med kraven på minskade administrativa kostnader.

### 2.2.3 Vårdproduktion

Pandemin har för andra året i rad haft en stor påverkan på sjukhusets vårdproduktion, även om årets produktion i öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällena är högre än föregående år. Ventilationsproblem och tillfällig flytt av intensivvårdsplatser i operationssalar har bidragit till mindre genomförd planerad vård. De digitala kontakterna har däremot ökat kraftigt under pandemin. Sjukhuset anger att de flesta produktionsökande åtgärderna som sjukhusets planerat har fått stå tillbaka för pandemin.

Öppenvårdsbesöken är 36 742 (6,1 procent) färre än budgeterat. De planerade besöken står för ca 67 procent av den totala avvikelsen och är 24 617 färre än budgeterat. De akuta öppenvårdsbesöken är 12 125 färre än budget och står för 33 procent av den totala avvikelsen. Nästan alla kliniker har tagit emot färre besök än planerat. Specialistsjukvården och internmedicin har drabbats värst medan ortopedi tagit emot fler akuta öppenvårdsbesök än planerat. Som nämnts så har öppenvårdsbesöken påverkats starkt av pandemin då sjukhuset har omorganiserat sina resurser till förmån för vård av covidpatienter.

Slutenvårdstillfällena är sammantaget 2 205 (4,2 procent) färre än budgeterat. De akuta slutenvårdstillfällena är 309 fler än budget, medan de planerade (elektiva) slutenvårdstillfällena är 2 514 färre än budget. Internmedicin är en av de kliniker som haft fler akuta slutenvårdstillfällena än budgeterat och Sachsska barnsjukhuset en av de som har underproducerat planerade slutenvårdstillfällena i förhållande till budget.

Antalet vårdplatser har i snitt varit 598 under året inklusive intensivvårdsplatser. Som mest har sjukhuset under 2021 haft 43 disponibla intensivvårdsplatser att jämföra med 16 platser ett normalt år. Sjukhuset uppger att under 2021 har 2 620 patienter vårdats med bekräftat coronavirus jämfört med

2 243 patienter under 2020. Sjukhuset har producerat ca 97,4 procent av den avtalade målvolymen i DRG<sup>16</sup>-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 planerade förbättrande åtgärder. Även om de allra flesta indikatorerna 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 både i den planerade och 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 regel efterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3. Granskningen har genomförts av revisionskontoret och auktoriserad revisor.

### 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

#### 3.1.1 Ekonomistyrning

Sjukhuset har i delrapporten för 2021 prognostiserat årets resultat till 29 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnader och intäktsbortfall samt effekten av förändringen av diskonteringsräntan. Resultatet för helåret justerat för ovannämnda poster blev - 11 mnkr, dvs. 40 mnkr lägre än prognosen i delårsrapporten. Delårsprognosen innehöll en del osäkerheter, bland annat utvecklingen av pandemin och behovet av personal för att hantera köställd vård, som påverkade resultatet negativt i förhållande till

---

<sup>16</sup> Diagnosrelaterade grupper

delårsprognosen. Sjukhusets coronarelaterade merkostnader har ersatts i sin helhet, men framför allt bemanningskostnaderna blev högre än prognostiserade.

Styrelsen hade redan i samband med verksamhetsplanen 2021 planerat att vidta kostnadsreducerande åtgärder på 162 mnkr. Personalområdet var den beloppsmässigt största åtgärdsposten i åtgärdsprogrammet. I samband med delårsrapport 2021 gjorde styrelsen en bedömning om att de planerade åtgärderna inte skulle kunna realiseras i sin helhet och sänkte prognosen till 60 mnkr. Styrelsen anger i sin verksamhetsberättelse att de åtgärder som förväntades dra ner personalkostnaderna varit svåra att genomföra i sin helhet, dels p.g.a. de resurser som har krävts för att vårda covidpatienter, dels p.g.a. behovet av inhyrd personal för att hantera köställd vård. De realiserade åtgärderna uppgår till 58 mnkr (35,8 procent), vilket är i linje med prognosen vid delåret.

Vid styrelsens sammanträde i september<sup>17</sup> 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 följande sammanträde i oktober<sup>18</sup> konstaterade styrelsen att det skulle krävas åtgärder på ca 300 mnkr för att kunna nå ett resultat i enlighet med fullmäktiges resultatkrav (15 mnkr). För att realisera det beloppet skulle det krävas en minskning av personal, motsvarande 375 helårsarbeten. Av handlingsplanen framgår att denna typ av åtgärd skulle påverka produktionen.

Styrelsen skriver i sin verksamhetsberättelse att det finns påbörjade investeringar på 164 mnkr som inte hunnit färdigställas under 2021 vilket medför en förskjutning av investeringsutgifter till 2022. I verksamhetsplanen för 2022 tar styrelsen upp att utgifterna kommer att leda till att investeringsbudgeten för 2022 (2018,3 mnkr) kommer att överskridas. Föregående år ansökte Södersjukhuset om att föra över ca 127 mnkr från outnyttjad investeringsbudget 2020 till 2021, med förklaringen att det fanns ett investeringsbehov trots att bolaget inte hinner investera i den planerade takten. Revisionen saknar en analys i verksamhetsberättelsen av hur sjukhuset hanterat denna överförda investeringsram. Ledningen anger i intervju att förskjutningen av investeringsramen begärts för att investeringarna är nödvändiga.

Revisionen ser två risker i sammanhanget. Om samtliga nödvändiga investeringar görs samtidigt i syfte att uppfylla vårduppdraget, finns risk att inte tillräcklig finansiering finns för att täcka de drift- och kapitalkostnader som följer av investeringarna. Detta kan i sin tur påverka möjligheterna att nå en ekonomi i balans för ett eller flera år i rad.

Om styrelsen istället utgår från beviljade investeringsram, så riskerar nödvändiga planerade investeringar för att uppfylla vårduppdraget förskjutas

---

<sup>17</sup> Styrelseprotokoll nr. 09/2021, 2021-09-28

<sup>18</sup> Styrelseprotokoll nr. 10/2021, 2021-10-27

även i fortsättningen. Investeringar som styrelsen själv konstaterar i sin verksamhetsberättelse är nödvändiga för att kunna genomföra sjukhuset vårduppdrag.

Revisionen har uppfattat 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. Styrelsen har under året även haft kontinuerlig kontakt med regionledningskontoret och beställaren (HSN) kring ekonomiska och verksamhetsmässiga frågor.

### 3.1.2 Verksamhetsstyrning

Pandemin har haft en stor påverkan på sjukhusets verksamhet. Under året har Södersjukhuset i olika perioder varit i olika beredskapslägen, från stabsläge till förstärkningsläge, där det sistnämnda var aktuellt i slutet av året. Processen för verksamhetsuppföljning har dock inte förändrats p.g.a. pandemin.

Styrelsen har löpande under året informerats om verksamhetsutveckling och uppföljning. Sjukhuset har under året omorganiserat för att kunna möta det vårdbehov som har uppstått p.g.a. pandemin. Av styrelseprotokollen framgår att tillgängligheten på akutmottagningen har varit en prioriterad fråga för styrelsen. I samband med septembersammanträdet<sup>19</sup> gav styrelsen sjukhusledningen i uppdrag att komma med en handlingsplan för vistelsetider på akutmottagningen. Handlingsplanen presenterades för styrelsen i samband med oktobersammanträdet<sup>20</sup> och innehöll åtgärder som innebar effektivisering i samband med patientinflöde, under vistelsen på akuten och patientutflödet, t.ex. snabbspår för strokealarm och höftpatienter, interprofessionellt teamarbete och införandet av triageteam<sup>21</sup>. I verksamhetsberättelsen uppger styrelsen att åtgärder för att förbättra patientflöden och minska väntetiderna på akutmottagningen inte har kunnat genomföras i sin helhet p.g.a. pandemin samtidigt som vårdtunga patienter sökt sig till akutmottagningen. Ett arbete pågår också för att realisera fullmäktiges beslut om flytt av Rosenlunds närakut till Södersjukhusets lokaler, vilket enligt ledningen ger hopp om att snabbare kunna sortera inflödet av patienter till rätt vårdnivå.

Under i synnerhet andra halvan av året har stort fokus legat på turbulensen i förlossningsvården och styrelsen har löpande informerats. Sjukhusledningen presenterade i augusti en s.k. kökplaningsplan för hanteringen av den under pandemin uppbyggda vårdskulden. Vid årsslutet 2021 hade sjukhuset hanterat en del av vårdskulden, dock inte helt enligt plan. Exempelvis genomfördes 610 operationer genom anlitande av underleverantörer, externa

---

<sup>19</sup> Styrelseprotokoll nr. 09/2021, 2021-09-28

<sup>20</sup> Styrelseprotokoll nr. 10/2021, 2021-10-27

<sup>21</sup> Triage är det första steget i omhändertagandet av patienter i synnerhet i situationer när det råder resursbrist.

operationssalar och helgs-/kvällsarbete i förhållande till 798 planerade operationer, vilket påverkades av pandemins fjärde våg.

### 3.1.3 Ny struktur för samordning och uppföljning

I juni 2021 införde Södersjukhuset ett nytt sätt att samordna arbetet inom sjukhuset. Den tidigare samordningsstrukturen som innebar tre horisontella taktiska forum uppfattades ha otydliga uppdrag, rapporteringsvägar och uppföljning. De taktiska forumen har ersatts av ett antal kommittéer. Förändringen påverkar inte den formella linjestrukturen, dvs. sjukhusets indelning i verksamhetsområden och stödfunktioner kvarstår i oförändrad form.

Den nya samordningsstrukturen innebär att det direkt under sjukhusledningen finns två beredningar, en vårdberedning respektive en stabsberedning, som syftar till att bestämma vilka frågor från sjukhusets verksamhetsområden, stödfunktioner och kommittéer som ska lyftas till sjukhusets ledningsgrupp och vilka som ska tas om hand på annat sätt. Under vårdberedningen finns tre vårdkommittéer<sup>22</sup> som sak samordna vårdflödena mellan olika verksamhetsområden. Under stabsberedningen finns fem stödkommittéer<sup>23</sup> som ska samordna frågor som berör flera olika stödfunktioner eller verksamhetsområden. Under varje kommitté kan finnas ett eller fler utskott. Kommittéerna är permanenta delar i samordningsstrukturen, däremot kan utskott läggas ner eller startas upp beroende på vilka frågor det finns behov av att utreda. Det är kommittéordföranden som utskotten rapporterar till och som utser utskottsordförande, startar eller lägger ner utskott.

Utskottens uppdrag är att driva, utreda och bereda frågor inom sina respektive områden och vara till stöd för kommittéernas arbete med att leda arbetet runt sakfrågor. Kommittéerna uppdrag är att samordna frågor som rör flera verksamhetsområden och/eller stödfunktioner. Och beredningarnas uppdrag är sortera, bereda och följa upp frågorna till sjukhusledningen gällande verksamheterna.

I samband med att sjukhuset har infört den nya samordningsstrukturen har sjukhuset även tagit fram ett koncept för effektiv ledning och styrning. Konceptet innehåller mallar och stöd för hur arbetet i kommittéer och utskott bör fungera. Konceptet syftar till att skapa en gemensam möteskultur där man på ett likartat sätt arbetar med agendor för möten, protokoll och minnesanteckningar, rapportering med mera.

### 3.1.4 Bedömning av ekonomi- och verksamhetsstyrning

Revisionen konstaterar att pandemin även för 2021 haft en stor påverkan på sjukhusets ekonomi och verksamhet vilket försvårat styrelsens möjligheter att uppnå önskvärda effekter av vidtagna åtgärder. Revisionen bedömer att styrelsen och sjukhusledningen under året har arbetat med att vidta åtskilliga

---

<sup>22</sup> Kommitté för akut vård, elektiv vård och operation

<sup>23</sup> Kommitté för vårdproduktion, investeringar, vårdkvalitet och patientsäkerhet, fastighet samt teknik

åtgärder för att uppfylla fullmäktiges mål och sitt verksamhetsuppdrag. Revisionen ser positivt på de förändringar som har skett i lednings- och samordningsstrukturen inom sjukhuset.

Revisionen konstaterar att åtgärdsprogrammet för en ekonomi i balans inte har realiserats enligt plan, dock i enlighet med prognosen i samband med delårsrapporten. Revisionen menar att handlingsplanen, förutom att konstatera att om olika åtgärder är produktionshämmande eller inte, även borde innehålla konsekvensanalyser av effekterna de olika åtgärderna i förhållande till de produktionskrav som sjukhuset har från beställaren. Vidare konstaterar revisionen att trots åtskilliga åtgärder från styrelsens och ledningens sida, så är fortfarande väntetiderna på akutmottagningen långa.

Revisionen saknar också en analys av hur prioriteringar kan ske av framtida investeringar där investeringsrelaterade driftkostnader inryms inom kostnadsramen samtidigt som vårduppdraget kan genomföras. Revisionen anser att en sådan analys behövs som grund för att bedöma hur sjukhuset kan uppnå en ekonomi i balans på sikt.

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

### **Rekommendationer:**

Styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser av hur

- planerade kostnadsreducerande åtgärder inom personalområdet påverkar möjligheterna för sjukhusets att genomföra sitt vårduppdrag.
- investeringar ska kunna genomföras för att klara vårduppdraget och nå en ekonomi i balans såväl på kort som lång sikt.

### **3.2 Kvalitetssäkring av 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 kvalitetsindikatorer<sup>24</sup> som tas upp i sjukhusavtalet som ska följas upp av de

---

<sup>24</sup> Dessa indikatorer ska följas upp av de regionägda akutsjukhusen enligt en plan

regionägda akutsjukhusen. Sjukhuset följer även upp andra så kallade sjukhus specifika indikatorer som beslutats av sjukhusledningen och har föreslagits av professionen.

### 3.2.1 Registreringsprocessen

Revisionen uppfattar att utfallet för de flertalet kvalitetsindikatorer är hämtade från nationella kvalitetsregister, t.ex. Swedheart<sup>25</sup> respektive Riksstroke<sup>26</sup> och att 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 journalsystemet och registrerar dessa i kvalitetsregistren.

De registeruppgifter som ligger till grund för de sjukhusgemensamma och sjukhus specifika indikatorerna samlas ihop av verksamhetsutvecklare 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, dels när de senare förs över till sjukhuset centralt och till HSF<sup>27</sup>. 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 sjukhuset<sup>28</sup>. 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 storkeregistren. 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

---

<sup>25</sup> Kvalitetsregister för hjärtsjukvården

<sup>26</sup> Kvalitetsregister för strokesjukvården

<sup>27</sup> HSF kan ibland själv gå in i olika kvalitetsregister och hämta uppgifter för ett specifika kvalitetsindikatorer

<sup>28</sup> Denna sjuksköterska är utsedd av kvalitetsregistret Swedheart.

eller sjukhusledning 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. Ett exempel är att både inom stroke- och hjärtsjukvården finns indikatorer som mäter tiden från det att patienten inkommit till sjukhuset eller konstaterats lida av ett specifikt tillstånd tills det att en viss medicinsk behandling genomförs. För dessa indikatorer krävs att rätt tidpunkter registreras i journalerna. Om det är uppenbart att tidpunkterna är felaktigt registrerade kan de justeras antingen direkt i journalerna eller i registren.

Felkällor kan upptäckas när verksamhetsområdescheferna och/eller verksamhetsutvecklare centralt på sjukhuset gör en jämförelse av data över tid. 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 klinisk nivå är att höja kvaliteten i vårdprocesserna och bidra till utvecklingen av metoder för högre patientsäkerhet. Att det finns en ersättning kopplad till måluppfyllelsen är av intresse främst på högre sjukhusnivå.

### 3.2.5 Bedömning

Eftersom registreringen av indikatorer bygger 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 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 finns rutiner för 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 sjukhusets verksamhet, inte minst på arbetsbelastningen för medarbetarna, vilket är förknippat med både personalmässiga och patientsäkerhetsmässiga risker om inte sjukhuset vidtar åtgärder.

Utifrån ovanstående har revisionen granskat om Södersjukhusets bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i enlighet med lagstiftning, förordningar och regionens styrdokument. Granskningen har skett parallellt med granskning av Danderyds Sjukhus. 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 akuten, kirurgi och specialistvård.

#### **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. Sjukhusets SAM består av fyra steg, undersökning och riskbedömning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, vidtagande av åtgärder och uppföljning av åtgärdernas effekter på arbetsmiljön. Undersökningen och kartläggningen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön görs via olika metoder, medarbetarundersökning, utvecklingssamtal, skyddsronnd, arbetsplatsträffar (APT), konsekvens och riskbedömning vid förändring av verksamhet samt statistik inom arbetsmiljöområdet.

Sjukhuset har ett sjukhusövergripande årshjul som anger planerade aktiviteter kopplade till SAM och när i tiden de ska genomföras. Årshjulet är således stödverktyg i SAM. Granskningen visar att sjukhuset regelbundet undersöker arbetsförhållandena och bedömer risker för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. Skyddsronnderna utgörs av arbetsplatskontroller och medarbetarundersökningar. Riskanalyser dokumenteras och sker årligen. Granskningen visar att det sker en sjukhusövergripande uppföljning av att arbetsplatskontroller genomförs i alla delar av organisationen. Revisionen har tagit del av protokoll av genomförda arbetsplatskontroller.

Arbetsmiljöavvikelser inrapporterade i avvikelssystemet Händelsevis och resultatet från medarbetarenkäten används i arbetet kring riskbedömning och riskanalys. Handlingsplaner tas fram och följs upp minst årligen.

Samverkan mellan arbetsgivaren och samverkansgrupper i stort uppges fungera väl även om det finns variationer på lokalnivå. Enligt intervjuer kan det på lokal nivå finnas fall där det är svårt att få medarbetare att engagera sig fackligt och vissa arbetsplatser saknar skyddsombud.

### 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 på 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 dokumenterad arbetsmiljöpolicy<sup>29</sup> där det framgår att Södersjukhuset ska kännetecknas av ett aktivt arbetsmiljöarbete som bidrar till en hälsofrämjande arbetsplats. Södersjukhuset har även ett flertal skriftliga dokument med bäring på arbetsmiljöarbetet i form av riktlinjer, rutiner och instruktioner. Dokumenten är fastställda på rätt organisatorisk nivå.

Vidare visar granskningen att ansvar och roller för arbetsmiljöarbetet är tydliga och dokumenterade i styrdokument<sup>30</sup>. Chefer får sin arbetsmiljödelegation i samband med undertecknande av chefsförordande. I dygnet runt-verksamheter har den arbetsledande sjuksköterskan utökade arbetsuppgifter och mandat inom arbetsmiljö<sup>31</sup>.

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. Chefer ska få en introduktion till arbetsmiljöarbete under sin första månad i tjänst. Det finns en grundutbildning inom arbetsmiljö, men det finns ingen kontroll av om utbildningen faktiskt genomförs. Granskningen visar också att det finns exempel där ansvariga chefer inte upplevs ha tillräckliga resurser för att bedriva verksamheten på ett sätt som leder till en god arbetsmiljö och därför har returnerat sina arbetsmiljöuppgifter till överordnad chef enligt gällande rutiner och lagstiftning. I dessa fall har det rört brister i bemanning och/ eller lokaler till följd av avsaknad av resurser eller ekonomiska förutsättningar.

---

<sup>29</sup> Medarbetarskap och arbetsmiljö

<sup>30</sup> *Arbetsmiljöinstruktion verksamhetsområdeschef/avdelningsdirektör*, Karbetsmiljöinstruktion – samtliga chefer samt *Så här gör vi på SÖS*

<sup>31</sup> Riktlinje – Arbetsledande sjuksköterska samt flödesansvarig på kvällar, nätter och helger

### 3.3.3 Uppföljning av arbetsmiljöarbetet

Sjukhuset har flera metoder för att följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet, via arbetsplatskontroller, medarbetarundersökning och statistik från Händelsevis. Således sker uppföljning med samma verktyg och arbetssätt som undersökningen av arbetsmiljön. Revisionen noterar att uppföljningen varierar mellan verksamhetsområdena. I vissa fall upprättas inte handlingsplaner och i vissa fall följs inte handlingsplaner upp. Det finns också svårigheter med att följa upp resultatet för t.ex. administrativ personal eftersom medarbetarundersökningen inte upplevs vara anpassad efter dessa yrkesgrupper och för att det inte går att begära ut resultatet för små grupper av integritetsskäl.

Revisionen har tagit del av statistik kring rapporterade arbetsmiljöavvikelser i Händelsevis från januari 2020 - november 2021. År 2020 rapporterades 1 822 arbetsmiljöavvikelser och t.o.m. november 2021 rapporterades 821 arbetsmiljöavvikelser. Av intervjuer framgår att det råder kulturella skillnader mellan de olika verksamhetsområden som ingick i granskningen, när det gäller rapportering av avvikelser, vilket innebär att det finns ett mörkertal när det gäller avvikelserrapportering. Kvinnosjukvård/Förlossning inom verksamhetsområde specialistsjukvård har registrerat flest avvikelser under 2021. Det råder också skillnader när det gäller uppföljning och återkoppling av avvikelser i t.ex. APT och samverkansgrupper.

Granskning visar att sjukhusstyrelsen tar del av resultatet från medarbetarundersökningen, arbetsmiljörelaterade nyckeltal, anmälningar enligt 6 kap 6 a§ som går vidare till Arbetsmiljöverket samt att de tar del av 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. Revisionen noterar att det inte görs någon sådan 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 pandemin<sup>32</sup>, sjukhusets egen instruktion om skyddsutrustning<sup>33</sup> och sjukhusövergripande enkätresultat avseende covid-19 från föregående år. Sjukhusledningen har också beslutat om olika riktlinjer och stöddokument under pandemin som t.ex. krisstöd till chefer, beslut om återhämtningsdagar och utökat friskvårdsstöd m.m. Uppföljning av

---

<sup>32</sup> Region Stockholms instruktion "Riskbedömning för gravida medarbetare i samband med covid-19" (2021-09-30 samt 2021-04-20)

<sup>33</sup> Skyddsutrustning för patientnära vård av patient med misstänkt eller bekräftad Covid-19 (2020-04-14)

arbetsmiljön under pandemin har skett på övergripande nivå, men ibland har verksamhetsområdena gjort egna lokala undersökningar.

### 3.3.5 Hantering av anmälningar enligt Arbetsmiljölagen 6:6a

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

Sjukhuset har en rutin för hantering av anmälningarna enligt arbetsmiljölagen 6:6a, vilken består av fem punkter; chef bekräftar mottagande, information skickas till arbetsmiljöspecialist på sjukhusövergripande nivå, chef i samråd med HR tar fram åtgärdsplan tillsammans med skyddsombud, arbetsgivaren formulerar ett skriftligt svar inklusive åtgärdsplan samt att svar från Arbetsmiljöverket alltid ska passera HR-direktör, vd och arbetsmiljöspecialist.

Sjukhuset har under perioden januari 2020 – november 2021 haft två anmälningar till Arbetsmiljöverket, varav den ena rör personalens arbetsmiljö (som sedan togs tillbaka av huvudskyddsombudet) och den andra kränkande särbehandling (som avslogs av Arbetsmiljöverket). Revisionen konstaterar att rutinen har följts.

### 3.3.6 Bedömning

Revisionen bedömer att Södersjukhuset regelbundet undersöker och bedömer risker för att arbetstagare kan komma att drabbas av ohälsa och olycksfall i arbetet. Det finns dock förbättringsområden när det gäller framtagandet av handlingsplaner efter genomgång av avvikelser och även uppföljningen av dessa.

Vidare bedömer revisionen att sjukhuset har styrdokument kring arbetsmiljöarbetet samt tydliga ansvar och roller. Revisionen bedömer att ansvariga chefer i huvudsak har tillräckliga befogenheter, resurser och kompetens. Dock bedömer revisionen att sjukhuset måste säkerställa rutinerna för att följa upp att chefer har genomgått de obligatoriska utbildningarna.

Revisionen anser att det inte finns en samlad uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet på sjukhusövergripande nivå, vilket är ett krav i AFS 2001:1.

Vidare bedömer revisionen att det finns en fungerande rutin avseende hanteringen av anmälningar enligt arbetsmiljölagen 6:6a. Slutligen bedömer revisionen att sjukhuset har arbetat aktivt och vidtagit åtgärder för en tillräcklig arbetsmiljö under pandemin, då arbetsmiljön har varit ansträngd i flera verksamhetsområden.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att sjukhuset ledning behöver stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet. Förbättringspotential finns vad gäller kompetensutveckling, uppföljning och återkoppling av avvikelser,

handlingsplaner på lokal nivå samt dokumentation av årlig uppföljning på sjukhusnivå och rapportering 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 denna till sjukhusstyrelsen i enlighet med AFS 2001:1.

### **3.4 Systematiskt brandskyddsarbete**

Revisionen har granskat brandskyddsarbetet vid Södersjukhuset AB, vilket har skett parallellt med granskning på Danderyds Sjukhus 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 skäligen 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**

Södersjukhusets ledning har beslutat om en brandskyddspolicy utifrån vilken brandskyddsorganisationen definieras i dokumentet *Ansvar och*

*organisation gällande sjukhusets förebyggande brandskydd.* Detta dokument tydliggör den faktiska brandskyddsorganisationen och rollerna i denna med ansvarsfördelning och mandat enligt delegationsordningen, från vd till chefer, brandsamordnare och brandombud och vidare till samtliga anställda.

Dokumentationen tar upp vilka ansvar och befogenheter som ska fastställas avseende det systematiska brandskyddsarbetet, från vem som har huvudansvaret att de lokala styrdokumenterna överensstämmer med regionens säkerhetspolicy och chefernas ansvar.

I detta styrdokument tas också upp vilka krav som ska ställas på utbildning och uppbyggande av kompetens när det gäller brandskydd. Inom ramen för utbildningsverksamheten finns en utbildningsplan som är obligatorisk för varje medarbetare att följa och som är en förutsättning för att få access på e-kort och för att kunna arbeta.

Det finns en generell beskrivning av byggnader på sjukhusområdet som används i det systematiska brandskyddsarbetet. Inom ramen för brandskyddsarbetet genomförs särskilda riskbedömningar i händelse av förändringar i verksamheten som kan ha betydelse för SBA. Ett sådant praktiskt exempel är en särskild riskbedömning avseende högre användning av syrgas vid behandling av Covid-patienter som gjordes under pandemin 2020, vilket bedömdes kunna utgöra en ökad brandrisk, liksom en ökad användning och förvaring av desinfektionsmedel. Avseende brandfarliga varor har SÖS en uppdaterad riktlinje angående sådana ämnen med ingående riskbedömningar och hantlingsregler. Särskilda riktlinjer för brandfarliga varor och särskilda riskbedömningar tar sjukhuset fram på egen hand eller med hjälp av Locum.

Allt ovanstående ingår också bland kraven som MSB:s allmänna råd stipulerar.

#### 3.4.2 Egenkontroller

Granskningen visar att sjukhuset har regler och riktlinjer för egenkontroller som ingår i sjukhusets styrdokument *Ansvar och organisation gällande sjukhusets förebyggande brandskydd*. Ansvar och intervall för egenkontroller beskrivs också i Södersjukhusets brandskyddsregler. Enligt ansvarsfördelningen i brandskyddsorganisationen genomför brandombuden egenkontroller en gång per kvartal och i vissa fall i samråd med Locum avseende tekniska brandskyddsinstallationer som sprinklers och branddetektorer. I sjukhusets egenkontroller ingår att kontrollera handbrandsläckare, skyltar och utrymningsvägar.

Sjukhusets brandsamordnare tar del av all rapportering som sker i samband med egenkontrollerna i systemet KLARA, ett centraliserat system för sammanställning och uppföljning av egenkontroller och incidenter. Den centraliserade sammanställningen tillåter sjukhusets säkerhetsorganisation att övervaka och följa upp att egenkontroller utförs i rätt tid.

Revisionen har tagit del av utkast från egenkontroller som genomförts under tredje och fjärde kvartalet 2021 som underlag för att kontrollera att egenkontroller genomförs. Det finns en gränsdragning för vilket ansvar sjukhuset respektive hyresvärderna, Locum, har när det gäller egenkontroller, som berörda på sjukhuset ska ha förstått, vilket bekräftats i intervju med Locum.

#### 3.4.3 Utbildning och kompetens

Sjukhuset har en utbildningsplan avseende brandskydd, vilket är ett krav för medarbetare att genomföra för att kunna få tillgång till e-tjänstekort som i sig är viktigt för att vårdpersonalen ska kunna utföra sitt arbete.

Under pandemin har dock den fysiska utbildningen inte genomförts enligt plan. En digital utbildning har utarbetats. Sjukhuset gör en detaljerad uppföljning av att utbildningarna har genomförts av samtliga anställda. Noteringar görs när och var utbildningen har ägt rum och vilken roll utbildningsmottagaren har.

#### 3.4.4 Incident- och felrapportering

Incident- och felrapporter inom organisationen inhämtas på flera sätt. I första hand identifieras fel och brister genom brandombudens egenkontroller, genom väktare i bevakningsorganisationen och av Locum enligt gränsdragningslistan. I andra hand upptäcks brister i samband med en inträffad incident.

Väktarna tillhör säkerhetsorganisation. Vid fel som identifieras skrivs incidentrapporter som rapporteras in i KLARA-systemet. Efter en incidentrapport förs dialog med brandombudet som är ansvarig och en åtgärdsplan upprättas. En dialog med Locum genomförs vid behov i syfte att utreda och förbättra erfarenhetsarbetet. Brandsamordnaren har till uppgift att informera personalen som kan komma att beröras av ett eventuellt fel. Revisionen har tagit del av en utredningsrapport avseende brand i ett kylaggregat som utlöste larm och sprinkler. Utredningen visar att gällande rutin följts.

#### 3.4.5 Om- och tillbyggnation av betydelse för brandskydd

Granskningen visar att varje nytt byggprojekt inhyser personal med brandskyddskompetens i projektgruppen. Locum är alltid projektägare och inkluderar specialister, brandingenjörer och lokalplanerare i varje projekt som innefattar om- och nybyggnationer.

Enligt intervjuer med både sjukhuset och Locum är samverkan mellan Locum och sjukhusets säkerhetsavdelning väl fungerande. För verksamheter som berörs av om- eller nybyggnation genomförs i första hand riktade utbildningsinsatser i nya eller renoverade byggnader för att säkerställa att ett systematiskt brandskyddsarbete genomförs även i nya byggnader. Brandsamordnaren genomför besök i nya lokaler för att säkerställa att brandskyddsarbetet fångas upp i nyinflyttade verksamheter. Rutiner för brandskydd ändras inte vid en

ombyggnation utan redan befintliga rutiner och riktlinjer som existerar ska implementeras i den nya verksamheten som nyttjar byggnaden.

#### 3.4.6 Bedömning

Revisionen bedömer att Södersjukhuset har en aktuell dokumentation för brandskydd som följer kraven i MSB:s allmänna råd om systematiskt brandskyddsarbete. Revisionen konstaterar vidare att dokumentationen ger en tillräcklig grund för brandskyddsarbetet på sjukhuset. Revisionen bedömer att sjukhuset regelbundet genomför och dokumenterar och följer upp egenkontroller i den utsträckning som sjukhuset är ansvarigt för i egenskap av vårdgivare/hyrestagare.

Däremot konstaterar revisionen att den plan som finns för brandskyddsutbildningar inte har kunnat genomföras i planerad utsträckning under pandemin. Revisionen ser positivt på att alternativa digitala utbildningar ändå har kunnat genomföras, då brandskyddet är minst lika viktig i kristider som normala tider. Revisionen bedömer att sjukhuset har kontroll över att utbildningar genomförs.

Revisionen bedömer att sjukhuset har en tillräcklig kontroll i insamlingen av incidenter, utredning och vidtagande av åtgärder i samband med incidenter. Revisionen menar vidare att det alltid finns en risk att incidenter och fel som upptäcks av bevakningen/väktare, inte kommer till säkerhetsavdelningens kännedom. Slutligen bedömer revisionen att det systematiska brandskyddsarbetet är rustat för att klara förändringar i sjukhusmiljön vid om- och tillbyggnationer genom att personal med brandskyddskompetens tillsätts i både byggnadsprojektfas och när ny- och tillbyggnad tas i bruk samt att redan befintliga rutiner implementeras i dessa byggnader.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att sjukhuset bedriver ett systematiskt brandskyddsarbete i enlighet med nationella regler och regionens föreskrifter.

### 3.5 Organisation för hantering av oegentligheter

Revisionen har granskat sjukhusets organisation för hantering av eventuella oegentligheter utifrån COSO34-ramverkets komponenter för intern kontroll<sup>35</sup>. Med oegentligheter avses här ett medvetet bedrägligt beteende som strider mot regionens eller sjukhusets regelverk. Ansvaret för att förebygga, upptäcka och åtgärda oegentligheter ligger alltid på den aktuella verksamheten.

---

<sup>34</sup>Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

<sup>35</sup> Regionens riktlinjer för internkontroll bygger på COSO-ramverket som har fem komponenter, kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollfunktioner/kontrollåtgärder, information/kommunikation samt uppföljning och tillsyn.

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

### 3.5.1 Styrdokument, roller och ansvar

Av regionens riktlinje för säkerhet<sup>36</sup> framgår att varje förvaltning eller bolag ska ha lokala riktlinjer för skydd mot oegentligheter, ekonomisk brottslighet, mutor och jäv. Södersjukhuset saknar en sådan sjukhusövergripande riktlinje, dock hanteras de krav som ställs i regionens riktlinjer i huvudsak i andra lokala styrdokument.

Av intervjuerna har det framgått att i samband med introduktion till nya medarbetare hänvisas alltid till regionens övergripande styrdokument. Revisionen har tagit del av en sjukhusövergripande riktlinje om visselblåsarfunktionen<sup>37</sup> där finns exempel på vad oegentligheter kan vara. Riktlinjen uppmanar medarbetare på sjukhuset att anmäla oegentligheter och missförhållanden. Den beskriver också hanteringsordningen vid anmälan av oegentligheter. Där framgår tydligt att en medarbetare kan vara anonym<sup>38</sup>.

På regionalnivå finns en uppförandekod<sup>39</sup> 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. Vidare finns regionens riktlinjer för anti-korruption<sup>40</sup>, som bl.a. beskriver hur mutbrott, representationsregler och olika erbjudanden från extern part och jävsituationer kan hanteras.

Sjukhuset har även riktlinjer för externfinansierade projekt<sup>41</sup>, där det bland annat finns en hanteringsordning för externa medel i syfte att det ska ske under etiska godtagbara former och utan att sjukhusets oberoende ifrågasätts.

Vidare har sjukhuset samverkansregler med läkemedels- och medicintekniska industrin<sup>42</sup> som är framtagna för att alla parter ska upprätthålla ett oberoende förhållningssätt i enlighet med lagstiftningen. Sjukhusets har också ett flertal rutiner och riktlinjer för läkemedelshantering som beskriver rollfördelning och ansvar vid läkemedelshantering för att bland annat undvika stöld av läkemedel. Särskilda riktlinjer finns även för hantering av narkotikaklassade läkemedel<sup>43</sup>.

---

<sup>36</sup> Riktlinjer för säkerhet, LS 1407-0877, Bilaga 1

<sup>37</sup> Visselblåsarfunktion, Södersjukhusets riktlinje

<sup>38</sup> I ärenden som handlar om hot och våld kan man inte vara anonym, samtidigt som

<sup>39</sup> Policy uppförandekod (RS 2019-0829)

<sup>40</sup> Riktlinjer för anti-korruption RS 2020-0266

<sup>41</sup> Riktlinje projektmedel – övriga bidrag/gåvor, SÖSAB-S-1803440

<sup>42</sup> Samverkansregler med läkemedels- och medicinsktekniska industrin, SÖSAB-S-1970063

<sup>43</sup> Narkotika – Hantering och förbrukningskontroll LR SÖS 12, SÖSAB-S-1581876

Styrdokumentet innehåller ett fastställningsdatum, men inte hur länge de är giltiga. De lokala styrdokumentet är tillgängliga på intranätet.

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 några av ovannämnda områdena inte bedöms så höga att de behöver tas upp i den sjukhusövergripande riskanalysen, utan hanteras inom ramen för linjeansvaret och den löpande kontrollen. Sjukhuset jobbar inte aktivt med identifiering av risker kopplade till just oegentligheter inom vårdverksamheten.

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. Det gäller exempelvis olika avtal, beställningar, receptförskrivningar till patient utanför tjänsteuppdraget (fritidsförskrivning), narkotikahandling samt samverkan med läkemedelsindustrin. Det finns däremot redan idag ett antal kontroller som minskar risken för oegentligheter inom dessa områden, t.ex. 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 förskrivning i första hand ska ske av läkemedel som finns i Kloka listan<sup>44</sup>. Sjukhuset har vidare införskaffat läkemedelsautomater<sup>45</sup> för narkotiska läkemedel. Ansvar och roller inom området har förtydligats.

Riskerna för medveten felregistrering av diagnoser för ökad ekonomisk ersättning upplevs som låg. Sjukhuset ser snarare en risk för felregistrering av diagnoser som kan leda till minskad ersättning enligt avtal.

Risken att underlåta en avvikelserregistrering i syfte att skydda sig själv eller kollega anges i intervjuer svår att bedöma men sjukhuset utesluter inte att risken kan finnas. Uppmuntran att registrera avvikelser från ledningen sidos uppges minska risken att underlåta registrering.

Sjukhuset själv tar upp fler risker som leder till lagbrott, t.ex. att medarbetare får tillgång till patientuppgifter i t.ex. TakeCare utan behörighet. Sjukhuset har kontroller för att minimera risken genom att varje ansvarig chef kontrollerar om obehöriga kommit åt patientuppgifter. Detta bl. a. genom att stickprov slumpmässigt tas på ca tio procent av medarbetarna. Denna typ av brott kan leda till polisanmälan.

---

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> Läkemedelsautomater hjälper till att ta rätt medicin, i rätt mängd, vid rätt tidpunkt.

Vidare ser sjukhuset en risk att medarbetare använder olika appar där känsliga data från sjukhuset kan samlas in. För detta har sjukhusets informations-säkerhetskommitté tagit beslut att innan inköp/upphandling av olika appar görs, så ska alltid frågan diskuteras med informationssäkerhetsombud.

3.5.3 System för rapportering av oegentligheter och hanteringen av dessa Södersjukhuset har haft ett eget visselblåsarsystem sedan mer än tio år tillbaka. Visselblåsartjänsten utgörs av tre olika funktioner inom sjukhuset; arbetsrättsjurist på HR-avdelningen, chefsläkare och sjukhusjuristen. Syftet är att samtliga funktioner oberoende ska kunna utreda ärendena. Av riktlinjer för visselblåsartjänsten framgår att medarbetare uppmanas att använda tjänsten för anmälan av oegentligheter. Andra typer av anmälningar kan rapporteras via ordinarie avvikelshantering antingen i Händelsevis eller till närmsta chef. Visselblåsartjänsten är anonym men av intervjuer framkommer att detta kan försvåra hanteringen då anonymiteten kombinerat med knapphändig information kan göra att utredningen avstannar. Av riktlinjen för visselblåsarfunktionen framgår att vd alltid informeras om inkomna anmälningar och det är vd som beslutar om åtgärd utifrån anmälnings art.

#### 3.5.4 Information och kommunikation

Av intervjuerna framgår att sjukhusledningen informerar om styrdokument i samband med nyanställning. Såväl läkemedelshantering som 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 att genomföra insatser för att öka medvetenheten om t.ex. visselblåsartjänsten på intranätet.

Granskningen visar att ledningen är informerad om anmälningarna som kommer in via visselblåsartjänsten eller andra anmälningar som handlar om oegentligheter som fångas upp inom den interna kontrollen. Granskningen visar vidare att styrelsen inte får någon samlad information inom området.

#### 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, men giltighetstid saknas. 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 i sin riskanalys. 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 väsentliga iakttagelser redovisas nedan.

Revisionen har under året granskat sjukhusets arbete för hantering av köställd vård. Revisionen bedömer att ledningen har planerat och påbörjat att vidta åtgärder för att beta av den köställda vården. Utfallet av detta arbete redovisas kort under avsnitt 3.1.2.

Vidare har revisionen gjort en genomlysning 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 Södersjukhuset har upprättat de dokument som krävs och att de är giltiga. Granskningen har inte lett till några väsentliga iakttagelser.

Den auktoriserade revisorn har under året granskat ledningsnära kostnader och representation, sjukhusets arbete med hållbarhetsrapportering, information om medarbetarnas bisysslor samt intern kontroll för väsentliga intäktsoch kostnadsposter. Granskningen har inte lett till några väsentliga iakttagelser.

Både den auktoriserade revisorn och revisionskontoret har översiktligt granskat sjukhusets uppföljning av planen för intern kontroll utan väsentliga iakttagelser. Den innehåller för verksamheten väsentliga risker och sjukhuset arbetar aktivt med uppföljning och uppdatering av både risker och riskvärdering.

### **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 bolagets 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/inte 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](http://www.sll.se). Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till [regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se](mailto: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](mailto:regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se)  
**Hemsida:** [www.regionstockholm.se](http://www.regionstockholm.se)  
**Org.nr:** 232100-0016

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2021

### Södersjukhuset AB

#### Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59594 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa följsamheten till regionens inköpsriktlinjer genom en systematisk och aktiv avtalsuppföljning.	●	<b>ÅR 2021</b>  Sjukhusets ansvarig för inköp och avtal har upprättat och presenterat en riktlinje för avtalsuppföljning som ska inom kort beredas av sjukhusledningen. Avtalsuppföljning sker även i dagsläget men inte strukturerat. Ett arbete pågår för att även upprätta rutinbeskrivningar/instruktioner/checklistor för hur själva avtalsuppföljningen ska gå till. Rekommendationen anses vara delvis åtgärdad tills ovannämnda instruktioner är på plats.

#### Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77273 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser av hur investeringar ska kunna genomföras för att klara vårduppdraget och nå en ekonomi i balans såväl på kort som lång sikt.	–	<b>ÅR 2021</b>  Ny rekommendation.

#### Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
30014 Från rapport 2018 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	<b>ÅR 2021</b>  Revisionen konstaterade i samband med delårsgranskning-

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
<b>Tidigare ID</b> 1466			en att arbetet med att genomföra ett grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet som omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer har skjutits upp p.g.a. pandemin. Bedömningen delvis åtgärdat kvarstår.

**Verksamhetsstyrning**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59591 <b>Från rapport</b> 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.	–	<b>ÅR 2021</b>  En uppdaterad kris- och katastrofberedskapsplan publiceras under april. Revisionen följer upp rekommendationen under 2022.
77271 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser av hur planerade kostnadsreducerande åtgärder inom personalområdet påverkar möjligheterna för sjukhusets att genomföra sitt vårduppdrag.	–	<b>ÅR 2021</b>  Ny rekommendation.

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till ledning – ÅR 2021

### Södersjukhuset AB

#### Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59595 <b>Från rapport</b> 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta lokala styrdokument som reglerar hur avtalsuppföljningen ska gå till på sjukhuset.	●	<b>ÅR 2021</b>  Sjukhusets ansvarig för inköp och avtal har upprättat och presenterat en riktlinje för avtalsuppföljning som ska inom kort beredas av sjukhusledningen. Avtalsuppföljning sker även i dagsläget men inte strukturerat. Ett arbete pågår för att även upprätta rutinbeskrivningar/instruktioner/checklistor för hur själva avtalsuppföljningen ska gå till. Rekommendationen anses vara delvis åtgärdad tills ovannämnda instruktioner är på plats.

#### Intern kontroll


Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
30021 <b>Från rapport</b> 2019 Delrapport <b>Tidigare ID</b> 1561	Sjukhusledningen bör säkerställa att anställda med känsliga behörigheter i systemet TakeCare inte behåller dessa längre än det är nödvändigt för deras yrkesutövning.	●	<b>ÅR 2021</b>  Sjukhuset har en ny rutinbeskrivning i området. Som komplement till riktlinjen finns en instruktion för hur behörighetsrapporten i QlikView fungerar. Den riktar sig till respektive verksamhetsområdes IT-samordnare som också erhåller utbildning i behörighetsrapporten. Rekommendationen anses vara åtgärdad.
37171 <b>Från rapport</b> 2019 Årsrapport	(ERSÄTTER TIDIGARE REKOMMENDATION MED IDNR 29998) Sjukhusledningen bör med viss periodicitet utföra och dokumentera den upptäckande kontrollen som säker-	●	<b>ÅR 2021</b>  Den auktoriserade revisorns stickprovsgranskning ger

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	ställer att en person inte lägger in en inköpsorder i Clockwork, attesterar den och leveransmottar densamma.		samma bild som tidigare uppföljningstillfällen. Dock har revisionen vetskap om att sjukhuset arbetar med att komma till rätta med problemet. Coronapandemin har gjort att detta arbete har pausats. Den auktoriserade revisorn följer utvecklingen och anser att rekommendationen är delvis åtgärdad.
59593 <b>Från rapport</b> 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör utse en formellt ansvarig för arbetet med att kvalitetssäkra de väntetidsuppgifter sjukhuset lämnar.	●	<b>ÅR 2021</b>  Södersjukhuset har en ny struktur för samordning och uppföljning av verksamheten där flera kommittéer ersätter de tidigare taktiska forumen. Det är ordförande för kommittéen elektiv vård som har ansvar för CVR-processen. Medan sjukhusets arbete med att rekrytera en CVR-samordnare pågår, bemannas rollen av två andra controller. Revisionen anser att sjukhuset har vidtagit åtgärder med anledning av rekommendationen och bemannad rollen som hittills har varit vakant. Rekommendationen anses vara åtgärdad.
77274 <b>Från rapport</b> 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.	—	<b>ÅR 2021</b>  Ny rekommendation
77275 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	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.	—	<b>ÅR 2021</b>  Ny rekommendation.
77276 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör genomföra en samlad och dokumenterad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet och rapportera denna till sjukhusstyrelsen i enlighet med AFS 2001:1.	—	<b>ÅR 2021</b>  Ny rekommendation.

Regionrevisorerna

**Investeringar**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59592 <b>Från rapport</b> 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör revidera den interna riktlinjen för investeringar utifrån regionens övergripande investeringsriktlinje så att den lokala investeringsprocessen överensstämmer med den regionala åtgärdsvals- och investeringsprocess, ändra i beloppsgränserna för när ett investeringsärendande ska lyftas till regionstyrelsen och vidare till fullmäktige samt specificera vad investeringar av betydande karaktär innebär för att kunna följa upp att utvärdering av effektmål görs.		<b>ÅR 2021</b>  Nya investeringsriktlinjer för region Stockholm beslutade i slutet av 2021. Revisionen anser följa upp rekommendationen mot dessa under 2022.

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.

##### **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/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. Avvikelserna 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: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.*