

Årsrapport 2021

Södertälje Sjukhus AB

Regionrevisorerna

2022-03-31

Diarienummer
RK 2021-0022Styrelsen
Södertälje Sjukhus AB**ÅRSRAPPORT 2021**
Södertälje Sjukhus AB

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

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Kronic
Sekreterare
Digital signering

Sammanfattning Södertälje Sjukhus AB

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

Bedömning för år 2021

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	X		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	X		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	X		

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Sjukhusets ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -18,6 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige ska coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall undantas vid avstämningen av resultatkravet. Dessa poster uppgår till 67,4 mnkr. Bolaget har även erhållit 67,4 mnkr i bidrag för täckning av merkostnader och intäktsbortfall till följd av pandemin.

Fullmäktige har även beslutat att effekten av förändringen av diskonteringsräntan, som för bolaget uppgår till 40,9 mnkr, ska undantas vid avstämningen av resultatkravet.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till 22,3 mnkr, vilket är 18,3 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Coronapandemin har haft en stor påverkan på sjukhusets verksamhet och detta har till viss del påverkat styrelsens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål och genomföra fullmäktiges uppdrag. Enligt styrelsen har indikatorn andel patienter som får första tid för besök hos specialistläkare inom 30 dagar inte kunnat bedömas till följd av pandemin. Denna ska exkluderas från bedömningen av måluppfyllelsen i enlighet med regionledningskontorets anvisningar för årsrapporteringen. För de mål som gått att bedöma har målet inte uppnåtts när det gäller *Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare* och *Region Stockholms klimatpåverkan ska minska*. Målen har delvis uppnåtts när det gäller *jämställdhet och jämlikhet* samt *kärnverksamheten ska*

prioriteras. Att målen inte uppnåtts beror till stor del på pandemin. Sjukhuset har genomfört två av fullmäktiges tre uppdrag.

Det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin, har i huvudsak uppnåtts.

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 den pågående coronapandemin.

Revisionen har under året bl.a. granskat sjukhusets hantering av den uppskjutna vården på grund av pandemin, arbetet med digital vård samt sjukhusets kompetensförsörjningsåtgärder. Granskningarna visar på ett antal förbättrande åtgärder som bör vidtas. När det gäller den uppskjutna vården återstår visst arbete för att komma tillrätta med bland annat vårdköerna. Vidare bör sjukhuset säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan. Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara tillräcklig.

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1	Årlig granskning	1
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	2
2.1	Ekonomiskt resultat	2
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	5
3	Intern styrning och kontroll	8
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	9
3.2	Hantering av den uppskjutna verksamheten	9
3.3	Sjukhusets arbete med digital vård	11
3.4	Sjukhusets kompetensförsörjningsåtgärder	12
3.5	Avrapporterade granskningar i delrapport	14
3.6	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	15
3.7	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	15
4	Räkenskaper	15
4.1	Årsredovisningen	16
4.2	Löner	16
4.3	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	16
4.4	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	16
	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 Södertälje Sjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för akut och planerad somatisk specialistvård. Förlossningsverksamhet ska finnas vid sjukhuset. Verksamheten ska omfatta den vård och de tjänster som i avtal överenskommits med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), ägaren eller andra uppdragsgivare.

Revisionen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen, regionens regler och anvisningar, riktlinjer för samordnad revision och bolagsrevision inom region Stockholm samt god revisionsred 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 Cecilia Dittmer m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Anders Rabb vid PwC.

Lekmannarevisorernas uppdrag är att granska om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Detta utförs dels i form av basgranskning som årligen genomförs på alla nämnder/styrelser, dels genom fördjupad granskning av specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. Den auktoriserade revisorn granskar räkenskaperna och styrelsens och verkställande direktörens (vd) förvaltning. Den interna styrningen och kontrollen granskas gemensamt.

Lekmannarevisorerna träffar representanter för bolagsstyrelsen för dialog vart tredje år, senast under 2022.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2021	Bokslut 2021	Bokslut 2020
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	1 580	1 687,7	1 652
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 1 576	-1 706,3	-1 557
- varav omställningskostnader	-0	-0	-9
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	4	-18,6	94,9
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	67,4	92,7
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	- 67,4	- 78,6
Effekten av förändring av diskonteringsräntan	-	40,9	84,9
Justerat resultat	4	22,3	109
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	19,7	-
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-	-96,7
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt¹	4	1,1	-1,8
Balansomslutning (mnkr)	-	1124	1 096
Årsarbetare (antal)	1 255	1 246	1 236

2.1.1 Resultat 2021

Bolagets resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -18,6 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige² undantas styrelsens merkostnader och minskade intäkter till följd av coronapandemin vid avstämningen mot resultatkravet. Styrelsens merkostnader och minskade intäkter under 2021 uppgår till -67,4

¹ Resultat efter bokslutsdispositioner och skatt är lika med resultatet före bokslutsdispositioner och skatt med hänsyn tagen till lämnade/erhållna skattemässiga koncernbidrag

² RS 2021-0124

mnr. Bolaget har under 2021 erhållit 67,4 mnr i bidrag för täckning av merkostnader och intäktsbortfall 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. Styrelsens kostnader till följd av förändringen av diskonteringsräntan uppgår till 40,9 mnr.

Styrelsens resultat uppgår till 22,3 mnr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och bidrag samt effekten av ändrad diskonteringsränta. Detta är 18,3 mnr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Sjukhusets resultat för bokslutsdisposition och skatt är -18,6 mnr. Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen har sjukhuset erhållit ett koncernbidrag på 19,7 mnr. Resultatet efter bokslutsdispositioner och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till 1,1 mnr.

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

2.1.2 Jämförelse med budget 2021

Verksamhetens intäkter uppgår till 1 688 mnr, vilket är 108 mnr (6,8 procent) högre än budgeterat. Intäkterna för patientavgifter understiger budgeten med ca -4 mnr. Med anledning av pandemin har sjukhuset haft minskad elektiv (planerad) vård samt en betydligt lägre andel utomlänspatienter. Detta återspeglas bland annat i lägre intäkter när det gäller patientavgifter (-4 mnr), vårdval höft/ knä (- 6 mnr) samt utomlänsvård (- 6 mnr). Samtidigt har antalet förlossningar varit högt vilket tillsammans med höjd ersättning genererat högre intäkter än budgeterat. Sjukhuset har för det sista kvartalet erhållit överproduktionsersättning kopplat till sjukhusavtalet, vilket även det ger en positiv avvikelse jämfört med budget (för sålda primärtjänster).

Erhållna bidrag är 74 mnr högre än budget vilket främst beror på bidrag för coronarelaterade merkostnader samt erhållna bidrag avseende sjuklön i enlighet med de tillfälliga regler som riksdag och regering infört under pandemin. Sjukhuset har även erhållit högre intäkter för bland annat externa projekt på 19 mnr än budgeterat. Kostnader i motsvarande nivå återfinns främst inom bemanningskostnaderna.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 1 590 mnr, vilket är 89 mnr (ca 5,9 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 78 mnr hänförligt till högre personalkostnader. I personalkostnader ingår kostnaden för inhyrd personal, som är 41 mnr högre än budget. Den främsta orsaken till de ökade personalkostnaderna är

pandemin, som medfört kraftigt ökade kostnader avseende övertid, sjuklön, timanställd personal samt ett ökat behov av inhyrd personal.

Kostnaderna för verksamhetsknutna tjänster överstiger budgeten med ca 12 mnkr, vilket främst beror på att kostnaden för laboratorietjänster har ökat, både med anledning av pandemin och utveckling inom kardiologi.

Läkemedelskostnaderna understiger budget med 15 mnkr. Avvikelsen avser både förskrivningsläkemedel och läkemedel som används i vården på sjukhuset och anledningen är till stor del den lägre vårdproduktionen och en förändrad patientmix till följd av pandemin. Materialkostnaderna understiger budget med 3 mnkr vilket beror på att den elektiva (planerade) vården inte kunnat utföras i planerad utsträckning på grund av pandemin.

Lokal- och fastighetskostnader understiger budget med 1 mnkr, vilket beror på att den slutliga hyran för en del av sjukhuset är färdigförhandlad och den slutliga hyran blev en miljon kronor lägre än den preliminära hyran.

Övriga kostnader överstiger budget med 19 mnkr och har påverkats av flera faktorer. Pandemin har medfört höga kostnader för bland annat bevakning, labbtransporter samt livsmedelshantering på vårdavdelningar. I september genomfördes en verksamhetsövergång av it till Serviceförvaltningen och övergången medförde att kostnaderna för it-tjänster ökat samtidigt som bemanningskostnaderna knutna till detta på sjukhuset minskat. Den totala kostnaden blir dock högre eftersom sjukhuset är ett bolag och därför betalar moms för it-tjänsterna som köps av Serviceförvaltningen. I samband med årsbokslutet har sjukhuset även gjort en avsättning på 5 mnkr avseende en pågående tingsrättsprocess där sjukhuset stämts av en leverantör efter att sjukhuset hävt en beställning avseende medicinteknisk utrustning.

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

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 64,4 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 53 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på ca 122 procent. Budgetavvikelsen på 11 mnkr beror både på ny- och ersättningsinvesteringar. Sjukhuset har efter beslut i styrelsen och i dialog med regionledningskontoret investerat i ny utrustning för patientövervakning till ett värde av ca 30 mnkr. Sedan ett drygt år tillbaka har sjukhuset en klinisk fysiologisk mottagning i egen regi, vilket har krävt vissa nyinvesteringar. Ett ökat inflöde av patienter till akutmottagningen, ökat nyttjande av befintliga operationssalar har även medfört ett ökat behov av nyinvesteringar när det gäller medicinteknisk utrustning.

Sjukhuset har i samband med överföringen av merparten av it-verksamheten till Serviceförvaltningen även överfört anläggningstillgångar till ett värde av ca 8,3 mnkr. Dessutom har 10 mnkr av årets investeringsram reserverats för nyttjande av Serviceförvaltningen.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet. Revisionen konstaterar att sjukhusets ekonomi även under 2021 till stor del påverkats av pandemin.

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.

Enligt styrelsen har regionfullmäktige beslutat att pausa indikatorn gällande andel patienter som får första tid för besök hos specialistläkare inom 30 dagar under 2021 på grund av pandemin. När det gäller indikatorn kostnad per DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper) är utfallet för 2021 inte klart förrän under våren 2022 och därför har inget utfall registrerats i verksamhetsberättelsen.

Sjukhuset berörs av tio av fullmäktige beslutade verksamhets- och nämndspecifika mål³ som mäts via sammanlagt 33⁴ indikatorer. Enligt styrelsen har en indikator inte gått att mäta p.g.a. coronapandemin. Utöver det finns det 10 indikatorer som sjukhuset inte klarat att uppfylla. Nedan följer en redogörelse först för mål och därefter för indikatorer som sjukhuset inte uppfyllt.

Målet Region Stockholms klimatpåverkan ska minska

Sjukhuset klarar inte målet. Av tre indikatorer är två inte uppfyllda: *andel nollsläppsfordon av de ägda och leasade fordonen inom bolaget samt uppnå fastställda lokala miljömål*. Indikatorn som gäller nollutsläppsfordon uppfylls inte på grund av avsaknad av laddinfrastruktur, men också av ekonomiska, avtalsmässiga och arbetsmiljömässiga faktorer. Om målet ska nås 2022 behöver enligt sjukhuset en laddinfrastruktur byggas upp. Den andra indikatorn om att uppnå fastställda lokala miljömål uppnås inte eftersom sjukhuset inte klarar det interna miljömålen gällande minskad klimatpåverkan från patientmåltider samt andel ekologiska livsmedel i patientmåltiderna. Det har under året varit svårt att styra mot måluppfyllelse när det gäller minskad klimatpåverkan från patientmåltiderna eftersom målet krockar med andra mål, exempelvis ekologiskt och lokalproducerat. Det är i dagsläget begränsad tillgång på ekologiska livsmedel och om målet ska kunna uppnås under 2022 kommer tillgångsfaktorn vara avgörande.

³ De ekonomiska målen har analyserats under avsnittet *Ekonomiskt resultat*.

⁴ I budgeten finns 34 indikatorer men en av de *andel patienter som får tid för första besöket hos specialistläkare inom 30 dagar*, har beslutats att ersättas med en annan indikator under pandemin: *andel patienter som får tid för första besöket hos specialistläkare inom 90 dagar*.

Målet Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare

Sjukhuset klarar inte målet. Målet består av sju indikatorer och sjukhuset klarar inte fyra av indikatorerna knutna till Hållbart medarbetengagemang, HME. Dessa indikatorer är *motivation, ledarskap, styrning* samt *total*. Enligt sjukhuset beror det på pandemin som påverkat bland annat de anställdas motivation och chefernas förmåga att leda och styra i en verksamhet som varit oförutsägbar. När det gäller andel medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete eller utsätts för kränkande särbehandling ska utfallet ha minskat jämfört med siffrorna för 2020. Det saknas dock utfall för 2020 vilket gör att måluppfyllelsen inte går att bedöma enligt sjukhuset.

Målet Jämställdhet och jämlikhet

Målet bedöms som delvis uppfyllt. Målet består av två indikatorer och sjukhuset har uppfyllt indikatorn som handlar om att genomföra aktiviteter avseende social hållbarhet. När det gäller den andra indikatorn, som handlar om folkhälsokonsekvensanalyser, har sjukhusets ledningsgrupp påbörjat ett arbete men i nuläget går det inte att ge någon exakt siffra för utfallet.

Målet Kärnverksamheten ska prioriteras

Målet bedöms som delvis uppfyllt. Målet innehåller två indikatorer och den ena, administrationens andel av kostnaderna ska minska, klarar sjukhuset. När det gäller den andra indikatorn, andel lagakraftvunna domstolsavgöranden där Region Stockholm har vunnit, uppger sjukhuset att sjukhuset har en pågående tvist med en leverantör av medicinteknisk utrustning där ärendet ska upp till huvudförhandling under mars 2022. Det går därför enligt sjukhuset inte att uttala sig om indikatorn uppnåtts eller inte.

Indikatorer knutna till målet En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Sjukhuset har klarat målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet* som består av åtta indikatorer, men sjukhuset har inte klarat två av tillgänglighetsindikatorerna. Av de tre tillgänglighetsindikatorer som mäts och redovisas i verksamhetsberättelsen klarar sjukhuset inte *andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning och andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar* till följd av pandemin. Sjukhuset klarar dock indikatorn *andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 90 dagar*.

Sjukhuset klarar inte heller indikatorn *uppnå fastställda kvalitetsmål i huvudavtalet med hälso- och sjukvårdsförvaltningen*. Måluppfyllelsen beräknas till cirka 80 procent. Skälet är dels pandemin, dels andra faktorer som exempelvis svårigheter att rekrytera och behålla specialistläkare.

Indikatorer knutna till målet Hög innovations- och digitaliseringsgrad

Målet bedöms som uppfyllt, men sjukhuset har inte uppfyllt alla tre indikatorerna. Det saknas utfall för indikatorn *grad av digital mognad*. Det beror på att den mognadsmätning som sjukhuset startat inte varit tillräckligt omfattande för att kunna ange utfall.

Indikatorer knutna till målet Systematisk kompetensförsörjning

Målet bedöms som uppfyllt, men sjukhuset har inte klarat indikatorn som rör personalomsättning.

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

Revisionen noterar att sjukhuset i några fall har markerat måluppfyllelsen för indikatorer som gul, trots att målvärdet inte uppnåtts eller jämförelsetal saknas. Enligt anvisningarna från regionledningskontoret ska endast rött eller grönt användas för att beskriva måluppfyllelsen för indikatorerna. Sjukhuset har valt att använda sig av gult eftersom sjukhuset anser att indikatorerna är delvis uppfyllda.

2.2.2 Uppdrag från fullmäktige

Sjukhuset har fått tre uppdrag av fullmäktige:

- Kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin
- Upptäcka sexuella övergrepp på barn i it-miljön
- Sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021

Uppdraget om att upptäcka sexuella övergrepp på barn i it-miljön är avslutat och uppdraget kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin pågår enligt plan.

Det tredje uppdraget, om att sänka de administrativa kostnaderna, har revisionen under året särskilt granskat. Bolaget prognostiserade i sin delårsrapport att uppdraget inte skulle vara genomfört vid årets slut, vilket överensstämmer med utfallet i verksamhetsberättelsen. Anledningen till att uppdraget inte har kunnat genomföras i sin helhet beror enligt sjukhuset på att det skett en ökning av de administrativa uppgifterna från olika intressenter i regionen som ökade/ändrad rapportering. Dessutom påverkas även sjukhusets administrativa funktioner av den pågående pandemin genom att de behöver bistå kärnverksamheten med utökat stöd i olika former.

De administrativa kostnadernas andel av totala kostnader uppgick i december till 4,8 procent.

2.2.3 Produktion (*utförare*)

Produktionen har varit 2,7 procent högre än budget för slutenvård och 8,8 procent lägre än budget för öppenvård. I jämförelse med föregående år är slutenvårdsproduktionen 9,5 procent högre och öppenvårdsproduktionen 4,6 procent högre. Vårdproduktionen har precis som under 2020 även under 2021 påverkats av pandemin. Elektiva (planerade) operationer har minskat samtidigt som de akut inläggningarna har ökat.

Den akuta vården har påverkats av inflödet av covid-patienter men även av att patienter undvikit att söka vård under pandemin, tills vården inte längre kunnat anstå.

Antalet ambulanser från Botkyrka har ökat jämfört med den ursprungliga bedömningen som gjordes i samband med att beslutet togs om ambulansomstyrning 2015.

Den elektiva öppenvården har i perioder ställts in eftersom resurserna behövs för att ta hand om covid-patienter. Personalen på de elektiva mottagningarna har vid flera tillfällen, främst under våren, omplacerats till intensivvårdsavdelningen men även till akutmottagningen och slutenvårdsavdelningar där behov funnits.

Utomlänsvården har påverkats negativt av pandemin.

Belastningen på sjukhusets vårdplatser har under året varierat i takt med pandemins utveckling och aktuellt smittläge. Under året har sjukhuset haft dagliga avstämningar för att möta vårdbehovet med rätt antal vårdplatser. Det innebär att antalet disponibla slutenvårdsplatser förändrats vecka för vecka. Antalet vårdplatser, sista onsdagen i december, var 181 stycken vilket är 4 procent fler än budget. I dessa 181 ingår inte intensivvårdsavdelningens (IVA) platser. Om IVA-vårdplatser inkluderas är antalet vårdplatser 187 istället för 181 och det innebär att sjukhuset vid mättillfället hade 6 IVA-vårdplatser.

Sjukhuset uppger att produktiviteten är svår att mäta på grund av pandemin. Sjukhuset redovisar kraftigt ökade kostnader kopplat till pandemin samtidigt som produktionen har påverkats både av en annan patientmix inom slutenvården och av lägre produktionsvolymmer inom öppenvården. Bemanningkostnaderna har ökat som en följd av införandet av krislägesavtal och användandet av ersättning för extrapass för att kunna upprätthålla vårdkapaciteten.

2.2.4 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de delar som inte kan mätas på grund av coronapandemin, har i huvudsak uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft betydande effekt på styrelsens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet.

3 Intern styrning och kontroll

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

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Styrelsen får information om ekonomi och verksamhet på alla ordinarie styrelsemöten. Det finns fasta punkter på dagordningen där vd eller ekonomidirektör rapporterar om bland annat verksamheten inklusive covid-19 och utfallet i förhållande till budget.

Förutom de fasta punkterna har särskilda frågor som påverkar ekonomi och verksamhet lyfts till styrelsen under året. Det gäller exempelvis att sjukhusets geriatriska vårdavdelningar ligger i byggnader med stora renoveringsbehov. Arbetsmiljöverket har lämnat ett föreläggande. Om inte bristerna åtgärdas får inte lokalerna användas för vård efter sommaren 2024. Frågorna som styrelsen diskuterat är dels kostnaden om en tillbyggnad av sjukhuset genomförs, dels hur de finansiella riskerna ska fördelas mellan sjukhuset och regionen.

Sjukhuset har i delrapporten för 2021 prognostiserat årets resultat till 4 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnaderna och intäktsbortfall samt effekten av förändringen av diskonteringsräntan. Resultatet för helåret justerat för ovannämnda poster blev 18,3 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Detta beror till största del på att utfallet för pensionskostnaderna blev betydligt mer positivt än prognosen från KPA som delårsrapporten utgick från.

Sjukhuset har haft merkostnader kopplade till pandemin på -67,4 mnkr under året, och har erhållit motsvarande belopp i bidrag för upparbetade kostnader. Bidraget består av 33,8 mnkr från regionen och 33,6 mnkr från staten i form av statsbidrag. Av statsbidraget avser 11,9 mnkr ersättning som avsåg kostnader under 2020, där sjukhuset erhöll intäkten först i augusti 2021.

Med anledning av pandemin har ersättningsmodellen i sjukhusavtalet förändrats och sjukhuset har fått den produktionsrelaterade ersättningen som fast ersättning i 12-delar under januari till september. Under oktober till december tillämpades den avtalade ersättningsmodellen från sjukhusavtalet.

Sjukhuset har under året vid olika tillfällen befunnit sig i stabs- eller förstärkningsläge.

På styrelsemötet i oktober presenterade vd en övergripande handlingsplan för att hantera det strukturella underskottet som förväntas för 2022. Styrelsen önskade att vid mötet i november får ta del av en mer specificerad handlingsplan, vilket de också fick. Sjukhuset beskriver i verksamhetsberättelsen att förutsättningarna för 2022 och kommande år är utmanande och osäkra. För att nå målet om en ekonomi i balans kommer ett omfattande åtgärdsprogram troligen att krävas.

3.2 Hantering av den uppskjutna verksamheten

Revisionen har granskat hur sjukhuset arbetat med att omhänderta den uppskjutna verksamheten, främst uppskjuten vård, som uppstått på grund av pandemin.

Granskningen till delåret visade att sjukhuset löpande följer köläget och att månatliga avstämningsmöten sker mellan verksamhetschefer, vd och ekonomidirektör samt veckovisa möten i sjukhusets operativa utskott. Sjukhuset har även bildat en styrgrupp med fokus på att hantera den uppskjutna vården vad gäller elektiv (planerad) kirurgi. Sjukhuset har även utökat mottagnings-tiderna för att komma tillrätta med uppskjutna mottagningsbesök.

Inom ramen för årsgranskningen har revisionen granskat de åtgärder som sjukhuset vidtagit efter att delårsgranskningen avslutats och fram till årsskiftet. Granskningen visar att det fortfarande finns uppskjuten vård och därigenom köer. För närvarande väntar strax över 1300 patienter på operativ behandling och av dessa har drygt 800 patienter väntat längre än 90 dagar. När det gäller väntetid till besök hos läkare har 960 patienter väntat kortare än 30 dagar och drygt 450 patienter väntat längre än 30 dagar. De vårdområden med flest väntande patienter är gynekologi, urologi, ortopedi samt ljumskbräck och gallkirurgi.

Granskningen till delåret visade att sjukhuset planerat för att starta en särskild satsning på elektiva (planerade) operationer under fredag eftermiddag samt helger med start i oktober. Sjukhuset kunde under hösten genomföra tre tillfällen med extra operationer. Det är färre tillfällen än vad sjukhuset ursprungligen planerat för. Anledningen till att det inte blev fler tillfällen är att viss personal inom anestesi saknades. Under årets sista veckor ökade också antalet patienter både med covid-19 och säsongsinfluensan vilket gjorde att den elektiva kirurgin fick ställas in.

Både den styrgrupp som bildats på sjukhuset för att hantera den uppskjutna vården samt de regionala samordningsmöten som planerats för under hösten har fått pausas på grund av pandemin. Ambitionen är att återstarta arbetet under februari och mars.

Frågan om den uppskjutna vården har tagits upp på flera styrelsemöten under året.

Sjukhuset har fått information av hälso- och sjukvårdsförvaltningen när det gäller vårdgivare som kan avlasta sjukhuset med vissa typer av operationer.

3.2.1 Bedömning

Revisionen konstaterar att sjukhuset även under hösten vidtagit åtgärder för att komma till rätta med den uppskjutna verksamheten och i synnerhet den uppskjutna vården. Revisionen konstaterar också att både brist på personal och den fortsatta pandemin medfört svårigheter för sjukhuset att fullt ut hantera situationen med uppskjuten vård. Revisionen gör bedömningen att sjukhuset vidtagit adekvata åtgärder för att förbättra köläget men att fortsatta åtgärder kommer att behövas. Revisionen kommer därför att fortsätta att följa frågan.

3.3 Sjukhusets arbete med digital vård

Revisionen har granskat hur sjukhuset arbetar med digital vård och digitala lösningar inom vården i syfte att bedöma om sjukhusets arbete överensstämmer med regionfullmäktiges mål inom området. Fullmäktige har beslutat inriktningsmålet ”en hållbar regional utveckling” och inriktningsmålen ”öka graden av digital mognad” samt att ”öka innovationsgraden”.

Enligt sjukhuset sker sjukhusets arbete inom digitalisering i enlighet med regionens styrande dokument inom området⁵. Arbetet som bedrivs på sjukhuset handlar både om att erbjuda digitala lösningar för patienter som inte kan eller vill besöka sjukhuset (t.ex. på grund av pandemin) men även om att öka den digitala kompetensen hos sjukhusets medarbetare så att dessa kan använda exempelvis Teams och Alltid Öppet i sitt arbete.

Under 2021 har ett digitaliseringsutskott, som är ett utskott till sjukhusets ledningsgrupp, skapats. Utskottet leds av verksamhetschefen för it/mt och har till uppgift att hålla ledningsgruppen informerade om hur arbetet med sjukhusets digitalisering fortskrider och att bereda frågor inför beslut. Under 2021 har arbetet fokuserats på att inventera behov och åtgärder som uppmärksammas av verksamheterna. Informationen som samlats in från verksamheterna ska sammanställas och utgöra grunden för en digital färdplan för sjukhuset.

När det gäller digitala lösningar som involverar patienterna har arbete startat inom verksamhetsområde (VO) Kvinnor och barn samt inom verksamhetsområde Paramedicin. Inom VO Kvinnor och barn har sjukhuset arbetat med tidig hemgång efter förlossning och därtill hörande uppföljning av mamman genom digitala lösningar. Inom VO paramedicin handlar det än så länge främst om digitala besök för logopedernas patienter, som till största delen består av barn med språkliga problem. Under 2022 är ambitionen att utöka även till andra grupper, exempelvis fysioterapeuternas gruppträning på distans. Det är än så länge få patienter som är berörda och den digitala vården förväntas även i framtiden vara ett komplement till fysisk vård. När den digitala utbyggnaden är klar inom sjukhuset är uppskattningen att digital vård förväntas kunna ersätta upp till 30 procent av de öppenvårdsbesök som idag sker fysiskt på plats.

De digitala satsningarna följs upp inom ramen för internkontrollplanen, eftersom sjukhuset ser en risk för att sjukhuset inte lyckas ställa om vården mot ökad digitalisering. Satsningarna följs också upp genom särskild rapportering till hälso- och sjukvårdsförvaltningen eftersom sjukhuset har digitalisering som ett utvecklingsprojekt. Digital vård i form av videomöten följs upp i samband med produktionsuppföljningen. Eftersom mycket av arbetet på

⁵ Policy för Innovation och digitalisering (dnr LS 2015-0833) samt Strategi IT och digitalisering 2020-2023 (RS 2019-0669, 2019-0829).

sjukhuset fortfarande befinner sig i ett tidigt skede har mycket av uppföljningen än så länge handlat om uppföljning av praktiska saker och teknik.

Ett problem kopplat till digitala vårdbesök är att ersättningen för sådana besök är lägre än för fysiska besök. Detta har påverkat sjukhuset inom logopedin, där verksamheten varit tvungen att dra ner på de digitala besöken på grund av den låga ersättningen.

3.3.1 Bedömning

Revisionen konstaterar att ett arbete inom digital vård och digitala lösningar pågår på sjukhuset. Under året har bland annat ett digitaliseringsutskott bildats. Revisionens bedömning är att det arbete sjukhuset hittills bedrivit inom digital vård överensstämmer med de mål som fullmäktige satt upp för området och steg har tagits för att öka den digitala mognaden och innovationsgraden. Revisionen konstaterar samtidigt att arbetet fortfarande till största del är under uppbyggnad. Hur mycket den digitala mognaden och innovationsgraden har ökat går därför inte att bedöma. Revisionen avser att återkomma till frågan vid ett senare tillfälle.

3.4 Sjukhusets kompetensförsörjningsåtgärder

Revisionen har granskat om de åtgärder som sjukhuset vidtar för att trygga kompetensförsörjningen ligger i linje med regionens medarbetarpolicy samt regionens modell för kompetensplanering – KOLL.

Av medarbetarpolicyn framgår att ett gott ledarskap, meningsfulla arbetsuppgifter och utvecklingsmöjligheter ger Region Stockholm förutsättningar att vara en attraktiv arbetsgivare.⁶ Regionfullmäktige har beslutat att Region Stockholms modell för kompetensplanering, KOLL, ska användas och vara heltäckande i alla regionens verksamheter. Modellen, som används tillsammans med IT-stödet Heroma Kompetens⁷, ska ge ett effektivt verktyg för att få en överblick av den befintliga kompetensen i verksamheten och vilken kompetens som behövs utifrån verksamhetens mål och uppdrag.⁸

Kompetensförsörjningsproblematiken på sjukhuset ser olika ut för olika yrkesgrupper. När det gäller sjuksköterskor har sjukhuset haft förhållandevis lätt att ersättningsrekrytera nya grundutbildade sjuksköterskor. Även när det gäller barnmorskor har sjukhuset kunnat ersättningsrekrytera. Det finns däremot rekryteringsproblem inom anestesi, operation, intensivvård och vissa andra områden där det krävs specialistsjuksköterskor. Under 2021 var det sammanlagt 18 stycken sjuksköterskor från sjukhuset som påbörjade vidareutbildning till specialistsjuksköterska med löneförmån från regionen. Det är fler än under de två föregående åren. Då det gäller läkare är det svårt att rekrytera inom vissa grupper, särskilt inom medicin samt akutverksamheten.

⁶ Medarbetarpolicy RS 2020-0469, RS 2019-1060

⁷ Heroma Kompetens har ersatt det tidigare stödet ProCompetence.

⁸ För information om KOLL, se regionens intranät: [Region Stockholm intranät - KOLL - modell för kompetensplanering \(sll.se\)](#) Hämtad 2022-02-28.

Eftersom sjukhuset har få anställda jämfört med övriga sjukhus i regionen samt en slimmad organisation uppger sjukhuset att det blir stor påverkan även om ett par läkare börjar eller slutar. Även när det gäller undersköterskor finns det vissa svårigheter, främst när det gäller undersköterskor med längre erfarenhet. Rekryteringssvårigheterna kan enligt sjukhuset komma att öka nästa år då undersköterska blir en skyddad yrkestitel⁹, eftersom det då kommer krävas viss formell utbildning för att få arbeta som undersköterska.¹⁰

Den pågående pandemin har påverkat kompetensförsörjningen. Sjukhuset har stundtals haft flera patienter med covid-19 som vårdats inom intensivvården. Det faktum att dessa patienter har mycket längre vårdtider än övriga intensivvårdspatienter har medfört att det behövts mycket personal inom intensivvården. Intensivvården är väldigt personalintensiv och sjukhuset har därför i perioder anställt iva-assistenter för att avlasta övrig personal. Iva-assistenterna har inte behövt någon vårdutbildning och har fått en kortare utbildning på sjukhuset specifikt för deras arbete inom intensivvården. Assistenterna har haft enklare uppgifter och kunnat ta över vissa patientnära uppgifter från undersköterskorna. Sjukhuset har även använt sig av sjuksköterske-assistenter, vilka var läkarstudenter, som arbetade på sjukhuset under sommaren 2020.

Sjukhuset följer löpande upp kompetensläget. Uppgifter om personalomsättning och sjukfrånvaro tas fram månadsvis och stäms även av med verksamheterna på månadsuppföljningsmötena som vd och ekonomidirektör har med verksamheterna. På HR-avdelningen görs olika typer av analyser, exempelvis av löneläget jämfört med övriga sjukhus i regionen samt jämfört med bemaningsföretag.

Sjukhuset har en kompetensförsörjningsplan, men den är inte uppdaterad vilket beror på pandemin med dess mycket speciella förutsättningar.

Sjukhuset vidtar flera olika åtgärder inom kompetensförsörjningen. Ett arbete pågår att placera in medarbetare i de regiongemensamma kompetensstegarna¹¹. När nyutexaminerad personal börjar på sjukhuset finns det ett introduktionsprogram för sjuksköterskor som löper under ett år och där arbete på arbetsplatsen varierar med kliniska moment på det kliniska träningscentrumet på sjukhuset. Sjukhuset har även arbetat med olika typer av ledarskapsutveckling, såsom ett program som sjukhuset kallar ”onboarding för nya chefer” samt utbildningar i bland annat lönesättning. Sjukhuset genomför även exitsamtal när en anställd ska sluta, ”stanna kvar samtal” där

⁹ Från och med första juli 2023 blir undersköterska en skyddad titel, på samma sätt som läkare och sjuksköterska. Det innebär att det kommer att behövas ett bevis, utfärdat av Socialstyrelsen, för att ha rätt att använda titeln undersköterska inom vård och omsorg. Grunden för att få ett bevis att den sökande har en viss utbildning.

¹⁰ Den som har en tillsvidareanställning med yrkestiteln undersköterska den 1 juli 2023 kommer att få fortsätta använda titeln under 10 år. Därefter behövs ett bevis för att få fortsätta använda yrkestiteln.

¹¹ Information om kompetensstegar på Region Stockholms intranät: [Region Stockholm intranät - Kompetensstegar - karriärmodell \(sll.se\)](#) Hämtad 2022-02-22

medarbetare får information om karriärvägar och olika verksamheter inom sjukhuset samt uppföljning av nyanställda efter ett halvår för att ta reda på hur de upplevt sin introduktion och den första tiden på sjukhuset.

Revisionen har tidigare lämnat en rekommendation till styrelsen om att säkerställa att regionens verktyg KOLL¹² får fler användare på sjukhuset. Sjukhuset har under året varit tvunget att nedprioritera arbetet med KOLL och ProCompetence/ Heroma Kompetens, främst på grund av pandemin som krävt omfattande speciallösningar vad gäller utbildning, arbetssätt, rekrytering av nya yrkeskategorier och ersättningar samt att många medarbetare fått byta arbetsuppgifter. Rekommendationen är därmed inte åtgärdad.

3.4.1 Bedömning

Revisionen har granskat om de åtgärder som sjukhuset vidtar för att trygga kompetensförsörjningen ligger i linje med regionens medarbetarpolicy samt regionens modell för kompetensplanering – KOLL. Sammanfattningsvis gör revisionen bedömningen att sjukhuset vidtar åtgärder som ligger i linje med medarbetarpolicyn men att arbetet med regionens modell för kompetensplanering behöver stärkas.

Revisionen konstaterar att sjukhuset vidtar åtgärder för att klara av sitt kompetensförsörjningsuppdrag. Revisionen ser positivt på att sjukhuset använt sig av nya sätt att stärka kompetensförsörjningen under pandemin. Revisionen har förståelse för att sjukhuset påverkats av pandemin, men vill samtidigt peka på vikten av att sjukhuset arbetar med att säkerställa att KOLL får fler användare och därigenom omhändertar revisionens rekommendation. Det finns risk för att kompetensförsörjningen försvåras ytterligare kommande år och då ökar vikten av att sjukhuset arbetar strukturerat och strategiskt med kompetensförsörjning, vilket också är syftet med KOLL. Revisionen vill också peka på vikten av att sjukhuset har en uppdaterad kompetensförsörjningsplan för att underlätta arbetet med kompetensförsörjningen.

Rekommendation:

- Ledningen för sjukhuset bör säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategisk planering.

3.5 Avrapporterade granskningar i delrapport

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

¹² För mer information om KOLL, se: [Region Stockholm intranät - KOLL - modell för kompetensplanering \(sll.se\)](#) Hämtad 2022-02-22

3.5.1 Granskning av lärdomar med anledning av pandemin

Revisionskontoret har granskat vilka lärdomar sjukhuset dragit med anledning av pandemin.

Sjukhuset har vidareutvecklat sin ledningsmodell utifrån lärdomar av pandemin. Den modell sjukhuset nu använder sig av påminner om arbetssättet i stabsledningen under pandemin. En positiv lärdom av pandemin är att en god samverkan skapats internt vilken möjliggör en snabb omställning till den aktuella situationen. Sjukhusledningen har i anslutning till det operativa ledningsmötet internt kommunicerat ett sammandrag av lägesbilden, inriktningar och beslut.

Förutom den nya modellen för ledningsgruppsmöten har lärdomarna från pandemin resulterat i att sjukhuset uppdaterat sina beredskapsplaner, påbörjat att träna digital krisledning i LSSL (med syfte att många resurser och kompetenser snabbt ska kunna göras tillgängliga oavsett var de befinner sig geografiskt), samt bildat en grupp för att fånga upp medarbetarnas förbättringsförslag.

Revisionen bedömer att sjukhuset har analyserat lärdomar och utifrån dessa vidtagit en rad åtgärder. Vilka effekter åtgärderna kommer att ha går ännu inte att bedöma.

3.6 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

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

Revisionskontoret har granskat sjukhusets arbetsmiljöarbete utan väsentliga iakttagelser.

3.7 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

Sjukhuset har under året i varierande grad kunnat arbeta med rekommendationerna. Tre av rekommendationerna bedöms vara delvis åtgärdade. En rekommendation om kompetensförsörjning är inte åtgärdad, se avsnitt 3.4.1.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

Granskningen av räkenskaperna har genomförts av den auktoriserade revisorn.

4.1 Årsredovisningen

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

4.2 Löner

I delårsgranskningen granskade auktoriserad revisor bolagets lönerutiner. De nyckelkontroller som granskades var signering av utanordningslista samt kontroll av signallistor från lönesystemet. Auktoriserad revisors bedömning var att kontrollerna delvis var välfungerande. I samband med bokslutsgranskningen genomfördes en uppföljning av kontrollmomentet avseende attest av utanordningslistor. Utfallet visade att 11 av 107 utanordningslistor inte var attesterade/ signerade i rätt tid. Utfallet är märkbart bättre än tidigare år.

Den tidigare rekommendationen om att ledningen bör stärka den interna kontrollen kopplad till signering av utanordningslistor för löner bedöms därför som åtgärdad.

4.3 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Den auktoriserade revisorn har granskat ekonomistyrningen, ledningsnära kostnader och representation, investeringar samt bolagets hållbarhetsredovisning utan väsentliga iakttagelser.

4.4 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. En rekommendation gällande signering av utanordningslistor kvarstod efter delårsgranskningen. Vid bokslutsgranskningen gjordes bedömningen att rekommendationen är åtgärdad. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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



Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se
Org.nr: 232100-0016

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2021

Södertälje Sjukhus AB

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36871 Från rapport 2019/10 Projektrapport	Styrelsen bör säkerställa att KOLL får fler användare för att kunna ge ett samlat underlag i kompetensförsörjningsarbetet både lokalt och för hela regionen.	●	ÅR 2021 På grund av pandemin har sjukhuset inte kunnat arbeta med frågan. Rekommendationen bedöms inte vara åtgärdad.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57775 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i en uppdaterad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har uppdaterat sin kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan utifrån lärdomar från pandemin. Sjukhuset planerar att göra en större genomgång av planen när läget är mindre ansträngt av pandemin. Sjukhuset inväntar anvisningar från den regionala nivån när det gäller enhetlighet i begrepp och definitioner. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29990 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1425	Styrelsen bör säkerställa att en evakueringsplan för hela sjukhuset inklusive den nya sjukhusbyggnaden upprättas och övas.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har sedan ett par år tillbaka en evakueringsplan för hela sjukhuset, inklusive den nya sjukhusbyggnaden, men övning har inte kunnat genomföras på grund av pandemin. Rekommendationen kvarstår därför som delvis uppfyllt.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2021

Södertälje Sjukhus AB

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29993 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1564	Ledningen bör säkerställa att rutinen för tilldelning och borttagning av behörigheter i TakeCare dokumenteras och följs upp.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har i början av 2022 utarbetat en rutin. Rekommendationen följs upp i delåret 2022 för att se om uppföljning av rutinen skett. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
45450 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen kopplat till signering av utanordningslistor för löner.	●	ÅR 2021 I bokslutsgranskningen har auktoriserad revisor följt upp den tidigare lämnade rekommendationen om signering av utanordningslistor och utfallet av kontrollerna är märkbart bättre än tidigare år. Rekommendationen bedöms därför vara åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER 2021

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Bedömningsmål:

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

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande

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

Inte helt tillfredsställande

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

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.