

Årsrapport 2022

# **Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)**

Regionrevisorerna

2023-03-30

Diarienummer  
RK 2022-0017

AISAB

**Årsrapport 2022  
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2023-03-30  
överlämna rapporten till styrelsen för AISAB för yttrande senast 2023-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson  
ordförande

Karelia Pagan  
sekreterare

## Sammanfattning – AISAB

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

### Bedömning för år 2022

	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

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 8 mnkr, vilket är i nivå med fullmäktiges resultatkrav. Bolagets ekonomi har under året påverkats i viss mån av den pågående coronapandemin. Fullmäktige har beslutat<sup>1</sup> att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår till 4 mnkr och bolaget har även erhållit ersättning på motsvarande belopp i enlighet med fullmäktige beslut.<sup>2</sup> Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts. Utifrån genomförd granskning bedöms det ekonomiska resultatet som tillfredsställande.

Coronapandemin har haft en viss påverkan på styrelsens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål. I synnerhet när det gäller målet *hållbar arbetsgivare* eftersom arbetssituationen på grund av pandemin tidvis varit ansträngd. Styrelsen uppfyller fyra av fullmäktiges tio verksamhets-specifika mål, fyra mål är delvis uppfyllda och två mål uppfylls inte. Bolaget behöver fokusera på att åtgärder får effekt så att fullmäktiges mål och uppsatta indikatorer uppnås kommande år. Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet inte har uppnåtts, men att det enda målet kopplat till kärnverksamheten – tillgänglighet – ändå har uppfyllts.

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

<sup>1</sup> RS 2021-0062 och RS 2021-0685

<sup>2</sup> Fullmäktige har beslutat att nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården ska under 2022 kompenseras för covidrelaterade merkostnader. RS 2022-0062 och RS 2022-0442

## **Intern styrning och kontroll**

Revisionen har under året särskilt granskat bl.a. protokollhantering, användning av betalkort, IT-system (enligt ISA 315) samt ledningsnära kostnader och representation. Granskningarna har lett till ett par rekommendationer till bolagets ledning.

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.

## Innehåll

1	Årlig granskning	4
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	5
2.1	Ekonomiskt resultat	5
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	6
3	Intern styrning och kontroll	7
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	7
3.2	Intern kontroll	8
3.3	Protokollhantering	8
3.4	Betalkort	8
3.5	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	9
3.6	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	9
3.7	Sammanfattande bedömning av intern styrning och kontroll	10
4	Räkenskaper	10
4.1	Årsredovisningen	10
5	Styrelsens yttrande över delrapport 2022	10
	Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till styrelsen	
	Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen	
	Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier	

# 1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

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

Revisionen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen, regionens regler och anvisningar, riktlinjer för samordnad revision och bolagsrevision inom region Stockholm samt god revisionssed 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 Maria Lingner m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Jenny Göthberg vid Ernst & Young.

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

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

Ett utkast av årsrapporten har stämts av med bolagsledningen och de auktoriserade revisorerna.

## 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 2022	Bokslut 2022	Bokslut 2021
<b>Resultaträkning (mnkr)</b>			
Verksamhetens intäkter	450	491	458
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 444	-483	-443
<b>Resultat före bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>6</b>	<b>7,9</b>	<b>15,3</b>
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	4,1	5
Ersättning för täckning av merkostnader*	-	- 4,1	- 5
<b>Justerat resultat</b>	<b>6</b>	<b>7,9</b>	<b>15,3</b>
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-0	-6,4	-15,7
<b>Resultat efter bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>6</b>	<b>1,5</b>	<b>-0,4</b>
Balansomslutning (mnkr)	245	223	214
Årsarbetare (antal)	443	467	449

#### 2.1.1 Resultat 2022

Bolagets ekonomi har under året påverkats i viss mån av den pågående coronapandemin. Coronarelaterade merkostnader har kompenserats fullt ut och påverkar följaktligen inte resultatet. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 7,9 mnkr. Detta är i nivå med fullmäktiges resultatkrav.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen lämnar bolaget dessutom ett koncernbidrag på 6,4 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till 1,5 mnkr. I den fortsatta analysen utgår revisionen från det justerade resultatet som används vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav.

### 2.1.2 Jämförelse med budget 2022

Verksamhetens intäkter uppgår till 491 mnkr, vilket är 41 mnkr (9,1 procent) högre än budgeterat, vilket bl.a. beror på ett utökad uppdrag och ökad ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden kopplat till covid-19.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 464 mnkr, vilket är 41 mnkr (ca 9,7 procent) högre än budgeterat. Kostnadsökningen är kopplat dels till det ökade uppdraget och kostnader kopplade till covid-19 som legat till grund för de ökade intäkterna ovan, dels till ökade kostnader för t.ex. el, drivmedel och it.

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 16 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 28 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 57 procent. Budgetavvikelsen beror på försenade leveranser av fordon till följd av omvärldsläget.

### 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 fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

## 2.2 Verksamhetsmässigt resultat

### 2.2.1 Måluppfyllelse

Bolaget berörs av tre av fullmäktiges inriktningsmål, *långsiktig ekonomisk uthållighet, en hållbar regional utveckling och hållbar arbetsgivare*.

#### *Långsiktig ekonomisk uthållighet*

AISAB uppfyller de två verksamhetsspecifika målen om *ett resultat i balans och hållbar investeringsutveckling* och beskrivs i avsnitt 2.1.

#### *En hållbar regional utveckling*

Inriktningsmålet innehåller åtta verksamhetsspecifika mål och tolv indikatorer. AISAB uppfyller hälften av dessa och målet är därför att betrakta som delvis uppfyllt. Bristande måluppfyllnad finns särskilt gällande innovation, digitalisering och informationssäkerhet. Den enda produktionsindikatorn, *tillgänglighet*, är uppfyllt.

#### *Hållbar arbetsgivare*

Bolaget uppfyller endast två av nio indikatorer under inriktningsmålet *hållbar arbetsgivare* och målet kan följaktligen inte betraktas som uppfyllt. Revisionen konstaterar dock en stor förbättring på flera av indikatorerna. T.ex. har andelen medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete gått från 44 procent 2021 till 13 procent 2022 samtidigt som långtidssjukskrivningarna halverats. AISAB har under året rekryterat nästan hundra personer, vilket stabiliserat bemanningsläget.



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

#### 2.2.2 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen konstaterar att av fullmäktiges tre inriktningsmål för bolaget har ett uppfyllts, ett är delvis uppfyllt och ett mål uppfylls inte. Produktion har skett enligt plan och med en ekonomi i balans, men fullmäktiges mål kopplat till t.ex. innovation och attraktiv arbetsgivare har inte uppfyllts. Pandemin har haft viss effekt på styrelsens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet i synnerhet när det gäller målet *hållbar arbetsgivare* på grund av att arbetssituationen varit ansträngd under pandemin. Bland fullmäktiges indikatorer gäller endast en, *tillgänglighet*, bolagets kärnverksamhet. Denna indikator har uppfyllts.

Revisionen konstaterar vidare att AISAB inte följt instruktionerna när det gäller lokala målvärden för fullmäktiges indikatorer. Sedan 2020 är det tillåtet att ha högre målvärden än fullmäktige, men inte lägre. AISAB har i flera fall satt ett lägre lokalt målvärde än fullmäktiges målvärde. Indikatorer kan också, enligt regionledningskontorets instruktioner, bara uppfyllas eller inte uppfyllas. AISAB har i flera fall markerat indikatorer som delvis uppfyllda. Revisionen noterar också att AISAB inte använt möjligheten till lokala mål.

Revisionen bedömer det verksamhetsmässiga resultatet som i huvudsak tillfredsställande. Revisionen noterar samtidigt att måluppfyllelsen i viss mån påverkats negativt av pandemin och att den enda indikatorn kopplat till kärnverksamheten är uppfylld.

## 3 Intern styrning och kontroll

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

### 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Styrelsen har haft sju sammanträden under året. Vid styrelsemötena företräddes vd eller andra tjänstemän ur bolagsledningen muntligen eller skriftligen information till styrelsens ledamöter och redogör för bolagets verksamhet och ekonomi.

Bolaget har i delårsrapporten för 2022 prognostiserat årets resultat till 6 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnaderna och förändrad diskonteringsränta. Resultatet för helåret justerat för ovannämnda poster blev 1,9 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten.

### 3.2 Intern kontroll

Styrelsen fastställde den 14 december 2021 plan för intern kontroll upprättad utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys. AISAB har under året förbättrat processen för framtagande av internkontrollplan. Samtliga chefer har utbildats och utbildningstillfällena har kombinerats med work-shops för att identifiera väsentliga risker för respektive station. Åtgärdsplaner har tagits fram och åtgärdsansvariga utsetts per station och på bolagsnivå.

De risker som bolaget bedömer som mest betydande är kompetensförsörjning, ekonomiskt resultat i balans från 2022 samt ändamålsenliga lokaler. För de risker som identifierats har löpande kontrollaktiviteter genomförts. Uppföljning och rapportering av internkontrollplanen har skett per tertial, delår och helår till respektive ledningsgrupp och bolagets styrelse.

### 3.3 Protokollhantering

I granskningen har det framkommit att AISAB:s styrelseprotokoll från den 13:e december 2022 ännu inte har justerats. Inte heller styrelseprotokollet från 25:e januari 2023 har justerats. Enligt fullmäktiges ägarpolicy<sup>3</sup> ska ett färdigt protokoll sändas till eller hållas tillgängligt för styrelsens ledamöter senast två veckor efter styrelsesammanträdet, vilket alltså inte skett. Avsaknaden av protokoll har också resulterat i svårigheter för revisionen att bedöma huruvida rekommendationer är att betrakta som avslutade eller ej. Revisionen konstaterar att AISAB inte använder sig av digital signering.

### Bedömning

Revisionen bedömer att bolagets hantering av protokoll inte följer fullmäktiges ägarpolicy. Arbetssättet leder också till merarbete och förlängda ledtider för bolaget. En högre grad av distansarbete efter coronapandemin har medfört en större acceptans för teknisk utveckling och det finns tekniska lösningar för digital signering som redan används i större delen av Region Stockholm. Revisionen bedömer därför att det är rimligt att införa digital signering.

### Rekommendationer:

- Ledningen bör införa digital signering för protokoll för att säkerställa följsamhet till ägarpolicyens skrivningar om att tillgängliggöra protokoll senast två veckor efter styrelsemöte.

### 3.4 Betalkort

Dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning upprättade 2017 *Rutin och information Betalkort* för koncerngemensam hantering av betalkort. Enligt rutinen ska betalkort hanteras med stor restriktivitet både vad gäller personals rätt till betalkort och regelverk för vilka typer av inköp som får ske.

---

<sup>3</sup> Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper (RS 2020-0742)

Rutinen framhåller att en nogsam uppföljning och intern kontroll är nödvändig och ska göras löpande. Vidare ska varje förvaltning och bolag utarbeta närmare regelverk och instruktioner. Revisionen har granskat om AISAB har en tillräcklig intern kontroll gällande användningen av betalkort.

AISAB har inte tagit fram egna rutiner för användningen av betalkort, utan uppger att de följer regionövergripande rutiner. Under granskad period (januari 2022-november 2022) har bolaget endast haft ett utställt betalkort. Kortet används främst för att betala annonser i samband med rekrytering på Facebook och LinkedIn då betalning mot faktura inte fungerar. Stickprovet (4 av 13 fakturor, 15 transaktioner) visar att 5 transaktioner saknar kvitto och att samtliga transaktioner saknar specifik syftesbeskrivning.

### **Bedömning**

Revisionen bedömer att den interna kontrollen av användningen av betalkort bör stärkas när det gäller att tillräckligt underlag ska styrka transaktionerna och att kvitto alltid ska bifogas transaktionen.

### **Rekommendation:**

- Ledningen för AISAB bör säkerställa att syftet med inköp gjorda med betalkort beskrivs och att kvitto alltid bifogas transaktionerna i enlighet med gällande rutiner.

### **3.5 Granskningar utan väsentliga iakttagelser**

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

Auktoriserade revisorer har granskat IT-system (enligt ISA 315), ledningsnära kostnader och representation, intäktsprocessen och bokslutsprocessen utan väsentliga iakttagelser. Auktoriserade revisorer har även granskat löneprocessen utan väsentliga iakttagelser utöver redan liggande rekommendationer.

### **3.6 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.

AISAB har en rekommendation om att analysera ökade ohälsotal för kvinnor anställda i AISAB för att finna verkningsfulla åtgärder. Bolaget har genomfört en rad åtgärder för att komma till rätta med sjukfrånvaron. I verksamhetsberättelsen för 2022 har den totala sjukfrånvaron sjunkit och det finns inte längre någon större skillnad mellan män och kvinnors ohälsotal inom bolaget. Rekommendationen bedöms därför som åtgärdad.

AISAB har två rekommendationer kopplade till uppdatering av krisberedskapsplan och framtagning av kriskommunikationsplan. De dokument som har tagits fram ligger i linje med centrala styrande dokument. Planerna godkändes i AISAB:s styrelse i december och det finns en framtagen plan för implementering. Protokollet från styrelsemötet var dock inte justerat vid tiden för den här uppföljningen och rekommendationerna bedöms därför som delvis uppfyllda.

Rekommendationen om att styrelsen bör informera fullmäktige om svårigheter att slutföra uppdraget att bli en USV-enhet (universitetssjukvårdsenheter) kvarstår. AISAB har fått viss finansiering för uppdraget men det täcker inte kostnaderna. Organisationen som krävs för att uppnå kraven för att bli en USV-enhet är skör då det räcker att en person säger upp sig för att flera kriterier ska falla. Rekommendationen kvarstår därför. Ny utlysning för godkännande av USV-enheter kommer att ske 2023-24.

### **3.7 Sammanfattande bedömning av intern styrning och kontroll**

Revisionen bedömer att det, utifrån genomförd granskning, finns riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom bolagets verksamhetskritiska processer.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara tillräcklig.

## **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**

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

## **5 Styrelsens yttrande över delrapport 2022**

Styrelsen har avstått från att lämna yttrande över delrapporten för 2022.

## 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 2022

### Ambulanssjukvården i Storstockholm AB

#### Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
76760 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör uppdatera krisberedskapsplanen utifrån de erfarenheter som coronapandemin medfört.	●	<b>ÅR 2022</b>  En uppdaterad plan för krisberedskap har tagits fram i linje med centrala styrande dokument och beslutats i AISAB:s styrelse. Underskrivna protokoll från nämnde styrelsemöte saknas dock, rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
76761 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör i enlighet med fullmäktiges övergripande kriskommunikationsplan upprätta en kriskommunikationsplan som tydliggör det egna kriskommunikationsarbetet.	●	<b>ÅR 2022</b>  En kriskommunikationsplan har tagits fram i linje med centrala styrande dokument och beslutats i AISAB:s styrelse. Underskrivna protokoll från nämnde styrelsemöte saknas dock, rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.

#### Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57772 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör informera fullmäktige om svårigheterna att slutföra uppdraget att bli en USV-enhet.	●	<b>ÅR 2022</b>  AISAB har fått viss finansiering för uppdraget men det täcker inte kostnaderna. Organisationen som krävs för att uppnå kraven för att bli en USV-enhet är skör då det räcker att en person säger upp sig för att flera kriterier ska falla. Rekommendationen kvarstår därför. Ny utlysning för god-

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			kännande av USV-enheter kommer att ske 2023-24.

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

### Ambulanssjukvården i Storstockholm AB

#### Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29384 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1531	Ledningen bör införa en rutin för genomgång av ändringar i fast data i leverantörsregistret för att minimera risken för fel och fiktiva leverantörer.	●	<b>Delår 2022</b>  AISAB har per delår 2022 inte infört något krav på godkännande för ändringar i leverantörsregistret. Däremot görs ett årligt utdrag av alla nya leverantörer. Rekommendationen är dock på månatlig basis.

#### Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77267 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att arbetssätten och bolagets riktlinjer anpassas så att bisysslor anmäls i enlighet med fullmäktiges riktlinjer	–	<b>ÅR 2021</b>  Ny rekommendation
96254 Från rapport Betalkort	Ledningen för AISAB bör säkerställa att syftet med inköp gjorda med betalkort beskrivs och att kvitto alltid bifogas transaktionerna i enlighet med gällande rutiner.	–	<b>ÅR 2022</b>  Ny rekommendation.

#### Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38585 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen bör analysera kvinnors ökade ohälsotal för att finna verkningsfulla åtgärder.	●	<b>ÅR 2022</b>



## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Efter diverse insatser har sjuktalen har gått ner och det finns inte längre någon stor skillnad mellan könen. Rekommendation bedöms som åtgärdad.

**Räkenskaper**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
28794 <b>Från rapport</b> 2019 Delrapport <b>Tidigare ID</b> 1532	Ledningen bör införa en rutin för genomgång av ändringar i fast data i lönesystemet för att minimera risken för felaktiga ändringar.	●	<b>Delår 2022</b>  Auktoriserad revisor bedömer fortsatt att rekommendationen delvis åtgärdats men att ytterligare förbättringsutrymme finns vad gäller formell dokumentation av genomförda avstämningar.
29381 <b>Från rapport</b> 2019 Delrapport <b>Tidigare ID</b> 1529	Ledningen bör införa en rutin för attest av manuella bokföringsorders som är resultatpåverkande samt sådana som är beloppsmässigt väsentliga. Rekommendation att bolaget inför en rutin för både sakattest och slutattest av manuella bokföringsorders som är resultatpåverkande samt sådana som är beloppsmässigt väsentliga.	●	<b>Delår 2022</b>  Ingen sådan rutin har införts per delår 2022. Rekommendationen bedöms som ej åtgärdad och följs upp i samband med delårsgranskning 2023.

**Verksamhetsstyrning**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29390 <b>Från rapport</b> 2018 Delrapport <b>Tidigare ID</b> 1338	Ledningen bör införa tvåhandsprincipen vid utbetalningar/ Bolaget bör uppdatera de anställdas bankfullmakter för att säkerställa att dualitet alltid sker vid utbetalningar från bank	●	<b>Delår 2022</b>  Under 2022 har AISAB infört system-teknisk dualitet för majoriteten av anställda men vi noterar att bolagets ekonomichef har fortsatt obegränsad möjlighet att ensam genomföra utbetalningar enligt behörigheter hos banken. Medan det finns ett kompenserande kontrollmoment i form av manuell attest av underlag bedömer vi att det även bör tillämpas en systemspärr.

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad och vi rekommenderar fortsatt att samtliga användare bör omfattas av system-tekniskt dualitetskrav vid utbetalningar.

**Övrigt**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
96253 <b>Från rapport</b> digital signering	Ledningen bör införa digital signering för protokoll för att säkerställa följ-samhet till ägarpolicyens skrivningar om att tillgängliggöra protokoll senast två veckor efter styrelsemöte.	–	<b>ÅR 2022</b>  Ny rekommendation

Regionrevisorerna

## **BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER**

### **Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat**

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

#### **Bedömningsmål:**

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

#### **Bedömningskriterier:**

##### **Tillfredsställande**

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

##### **Inte helt tillfredsställande**

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

##### **Otillfredsställande**

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

*Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder<sup>1</sup>:*

- *Bristande måluppfyllelse – verksamhet*

---

<sup>1</sup> God revisionsred 2018

- *Bristande måluppfyllelse – ekonomi*
- *Ohörsamhet/obstruktion*
- *Icke lagenlig verksamhet, brottslig gärning*

## 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 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.

### **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 försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll som därför måste åtgärdas snarast.

*Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder<sup>2</sup>:*

- *Brister i styrning och intern kontroll av verksamhet*
- *Brister i styrning och intern kontroll av ekonomi*
- *Otillräcklig beredning av ärenden*
- *Obehörigt beslutsfattande*

## **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.

---

<sup>2</sup> God revisionssed 2018

**Bedömningskriterier:****Rättvisande**

Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelse 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: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till ansvarsprövningsgrunden<sup>3</sup> ej rättvisande redovisning.*

---

<sup>3</sup> God revisionsred 2018