

Årsrapport 2022

# Danderyds Sjukhus AB

Danderyds Sjukhus AB

**Årsrapport 2022  
Danderyds Sjukhus AB**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2023-03-30 överlämna rapporten till styrelsen för Danderyds Sjukhus AB för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2023-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson  
ordförande

Karelia Pagan  
sekreterare

## Sammanfattning – Danderyds Sjukhus AB

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

### Bedömning för år 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

Bolagets ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -311 mnkr. 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 231 mnkr. Bolaget har även erhållit 194 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktiges beslut<sup>2</sup>.

De ökade kostnaderna på semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg 2023 ska, under förutsättning att fullmäktige beslutar om det, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav. Vid avstämning av resultatkravet sker en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års nivå, vilket för bolaget uppgår till 48 mnkr.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till -226 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 4,1 procent av omsättningen.

Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts. Sjukhuset har uppnått fullmäktiges mål gällande investeringar. Det ekonomiska resultatet bedöms som inte helt 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

Coronapandemin har haft en fortsatt påverkan på styrelsen möjlighet att uppnå verksamhetsmässiga mål och uppdrag, även om denna påverkan är mindre än tidigare pandemiår. Styrelsen uppfyller 8 av 11 av fullmäktiges mål. Målet om *en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt region Stockholm en attraktiv arbetsgivare* uppnås inte. Målet *region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt* uppnås delvis. Sjukhuset har ett uppdrag som är pågående enligt plan. Sjukhusets möjlighet att producera i enlighet med sjukhusavtalet har påverkats av pandemin. Sjukhusets produktion har avvikit negativt både när det gäller slutenvårdstillfällen och öppenvårdsbesöken.

Revisionen bedömer utifrån regionens modell för bedömning av måluppfyllelse att de verksamhetsmässiga målen i huvudsak har uppnåtts. Revisionen vill betona vikten av att styrelsen fortsätter att vidta åtgärder för en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten. Vidare bedömer revisionen att det krävs ytterligare åtgärder för att sjukhuset ska bli en attraktiv arbetsgivare. Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet är i huvudsak tillfredsställande.

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

### **Intern styrning och kontroll**

Styrelsens interna styrning och kontroll av verksamheten har, framför allt i början av året, påverkats av den pågående coronapandemin. Revisionen bedömer att styrelsen och sjukhusledningen under året har arbetat med att vidta åtskilliga åtgärder för att uppfylla fullmäktiges mål och sitt verksamhetsuppdrag. Revisionen har under året granskat det systematiska informationssäkerhetsarbetet, säkerhet i nätverk och informationssystem, bisysslor, styrningen av kompetensförsörjning samt intern kontroll i externt finansierade projekt. Granskningen visar att det finns förbättringspotential i samtliga ovan nämnda områden och att ledningen behöver vidta åtgärder. Revisionen har lämnat rekommendationer till bolagsledningen i samtliga ovan nämnda granskningar.

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

### **Räkenskaper**

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

## Innehåll

1	Årlig granskning	4
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	4
2.1	Ekonomiskt resultat	5
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	8
3	Intern styrning och kontroll	11
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	11
3.2	Styrning av kompetensförsörjning	12
3.3	Granskning av bisysslor vid Danderyds sjukhus	16
3.4	Systematiskt informationssäkerhetsarbete	19
3.5	Säkerhet i nätverk och informationssystem	22
3.6	Intern kontroll i externt finansierade projekt	25
3.7	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	28
3.8	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	28
4	Räkenskaper	28
4.1	Årsredovisningen	29
4.2	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	29
5	Styrelsens yttrande över delrapport 2022	29
	Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till styrelsen	
	Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen	
	Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier	
	Bilaga 4 Yttrande över delrapport 2022	

## 1 Årlig granskning

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

Styrelsen för Danderyds Sjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin. Sjukhuset ska även utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), övriga akutsjukhus och regionsfinansierade privata vårdgivare. Danderyds sjukhus ska registrera och spara de biobanksprover som ska bevaras i Stockholms medicinska biobank. Vidare ska sjukhuset bedriva undervisning och klinisk forskning relaterad till sjukvårdsuppdraget.

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

I granskningen har lekmannarevisorerna biträtt 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 auktoriserade revisorer Anders Rabb (t.o.m. delårsbokslutgranskning) och Maria Wigenfeldt vid PwC.

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

Under granskningsåret har ömsesidig information och samverkan skett mellan bolagets lekmannarevisorer och den auktoriserade revisorn. Lekmannarevisorerna träff med bolagsstyrelsen för dialog vartannat år har förskjutits till innevarande mandatperiod p.g.a. pandemin.

Ett utkast av årsrapporten har stämts av med bolagsledningen och den auktoriserade revisorn.

## 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	5 329	5 731	5 512
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-5 318	- 6 042	-5 710
- varav omställningskostnader	-	-	-
<b>Resultat före bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>11</b>	<b>-311</b>	<b>-198</b>
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	231	391
Ersättning för täckning av merkostnader*	-	- 194	- 339
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	48	156
<b>Justerat resultat</b>	<b>-</b>	<b>-226</b>	<b>10</b>
Erhållna koncernbidrag (skatt)	-	211	224
<b>Resultat efter bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>11</b>	<b>-100</b>	<b>26</b>
Balansomslutning (mnkr)	-	4 244	4 077
Årsarbetare (antal)	4 400	4 450	4 362

### 2.1.1 Resultat 2022

Bolagets ekonomi har även under året påverkats i stor utsträckning av den pågående coronapandemin, dock har denna påverkan varit mindre än föregående år. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -311 mnkr.

Fullmäktige har beslutat<sup>3</sup> att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår sammanlagt till 231 mnkr. Bolaget har även erhållit 194 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktiges beslut<sup>4</sup>.

De ökade kostnaderna för semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg (PO-pålägg) enligt 2023 års nivå<sup>5</sup> ska, under förutsättning av fullmäktiges beslut, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges

<sup>3</sup> RS 2021-0062 och RS 2021-0685

<sup>4</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

<sup>5</sup> Regionen tillämpar nästkommande års nivå för PO-pålägg vid redovisning av semester och löneskuld. Detta medför ökade kostnader bland annat på grund av ökad inflation.

resultatkrav. Vid avstämning av resultatkravet sker därför en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års PO-påläggsnivå, vilket för bolaget uppgår till 48 mnkr.

Resultatet justerat för dessa poster uppgår till -226 mnkr. Detta är 237 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 4,1 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts fullt ut.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen har bolaget erhållit ett koncernbidrag på 212 mnkr. Resultatet efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -100 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

##### *Intäkter*

Verksamhetens intäkter uppgår till 5 731 mnkr, vilket är 402 mnkr (7,5 procent) högre än budgeterat. Exklusive ersättning för coronarelaterade poster i samband med pandemin (-194 mnkr), men inklusive det coronarelaterade intäktsbortfallet (+37 mnkr) uppgår verksamhetens intäkter till 5 574 mnkr, och avviker positivt från budgeten med 245 mnkr (4,6 procent). Följande poster förklarar avvikelsen i verksamhetens intäkter.

Erhållna bidrag justerade för statsbidrag som täcker coronarelaterade merkostnader överstiger budgeten med ca 166 mnkr, varav ca 24 mnkr ersättning för återhämtningsdagar för personalen, 29 mnkr i bidrag för att öka vårdplatskapaciteten, sjuklönebidrag med 19 mnkr, högre forskningsbidrag med 25 mnkr, investeringsbidrag med 5 mnkr, samt högre övriga bidrag med 62 mnkr där det bland annat ingår ersättning för utbetald medarbetarbonus, köpning och insatser för förbättrad tillgänglighet.

Sålda primärtjänster avviker positivt med 36 mnkr i jämförelse med budget. Dessa utgör i sin helhet justering för förlorade intäkter på grund av pandemin som fördelas mellan den intäkter enligt huvudavtal (24 mnkr), vårdvalsintäkter (7 mnkr) och utomlänsintäkter (5 mnkr).

Försäljning av övriga tjänster överstiger budget med 34 mnkr. Inom ramen för denna kategori har försäljningen av röntgentjänsterna överstigit budget med 9 mnkr, försäljning av medicinska tjänster är 12 mnkr högre än budget, försäljning av övriga tjänster överstiger budgeten med 15 mnkr samt försäljningen av labbtjänster understiger budgeten med 2 mnkr.

##### *Kostnader*

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 5 815 mnkr, vilket är 740 mnkr (ca 14,6 procent) högre än budgeterat.



Dessa innehåller coronarelaterade merkostnader på 194 mnkr som fördelas på flera kostnadsslag, men merparten avser bemanningskostnader. Bemanningskostnaderna innehåller också ökade kostnader för PO-pålägg motsvarande 48 mnkr. Exklusive coronarelaterade merkostnader och ökat PO-pålägg är den justerade avvikelsen 497 mnkr högre än budget. Nedanstående analys utgår ifrån posterna exklusive coronarelaterade merkostnader och ökat PO-pålägg.

Av den justerade budgetavvikelsen är 359 mnkr hänförligt till bemanningskostnader, varav 126 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. bristen på sjuksköterskor, den ökade korttidsfrånvaron bland personal samt pandemins påverkan i synnerhet i början och slutet av året, har sjukhuset haft behov av att anlita inhyrd personal. Resten av avvikelsen på 233 mnkr hänförs till högre medellön än budgeterad (9 mnkr), högre utbetalning av upparbetad arbetstid (49 mnkr), högre kostnader för återhämtningsdagar till personalen (23 mnkr), utbetalning av covidbonus (52 mnkr) samt personalkostnader inom ramen för kökspning (32 mnkr) samt orealiserade effekter av åtgärder inom personalområdet (68 mnkr).

Samtliga av resterande kostnadsslag är högre än budget, vilket enligt sjukhuset generellt beror på den höga inflationen som driver upp priserna på både varor och tjänster samtidigt som högre produktion tar mer tjänster och varor i anspråk. Materialkostnaderna är 31 mnkr högre än budgetjusterade, läkemedelskostnaderna överstiger budget med 12 mnkr, övriga kostnader är 15 mnkr högre än budget. På tjänstesidan har sjukvård köpts för 26 mnkr mer än budget som beror på köp av operationer som inte kunnat utföras i egen regi. Kostnader för verksamhetsknutna tjänster, för det mesta laboratorietjänster är 37 mnkr högre än budget.

Styrelsen beslutade i samband med verksamhetsplanen 2022 om ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans motsvarande 131 mnkr. Planen har reviderats löpande under året baserat på sjukhusets bedömning om hur bemanningssituationen och möjligheten att hantera den köställda vården sett ut. Den senaste revideringen syftade till att vidta åtgärder för 124 mnkr. Sjukhuset har realiserat effekter av vidtagna åtgärder motsvarande 55 mnkr (44 procent), se även avsnitt 2.1.

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

### 2.1.3 Investeringar

Fullmäktiges mål om hållbara investeringar som mäts via indikatorn *andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av en totalekonomisk bedömning med totalkostnadskalkyl*, är uppfylld.

Årets investeringar uppgår till 108 mnkr, att jämföra med budget på 182 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 60 procent. Budgetavvikelsen beror främst på att flera investeringar har skjutits framåt i tiden p.g.a. pandemin.

#### 2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts i och med att det justerade resultatet underskrider resultatkravet med 237 mnkr. Den negativa resultatavvikelsen i förhållande till sjukhusets omsättning är 4,1 procent.

Verksamheten har i hög grad fortsatt påverkats 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 på sikt. Revisionen konstaterar att sjukhuset har realiserat ca 60 procent av planerade effekter av åtgärderna för en ekonomi i balans.

Revisionen konstaterar vidare att investeringstakten även i år, likt tidigare år, har varit lägre än planerat främst till följd av investeringar som skjutits fram i tiden. Vidare bedömer revisionen att fullmäktiges mål om hållbara investeringar är uppfyllt.

Revisionen bedömer att det ekonomiska resultatet inte är helt tillfredsställande.

## 2.2 Verksamhetsmässigt resultat

### 2.2.1 Fullmäktiges mål och indikatorer

Måloppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen. Sjukhuset berörs av elva av fullmäktiges mål, vilka mäts med sammanlagt trettio indikatorer. Åtta av fullmäktiges mål är uppfyllda, ett mål är delvis uppfyllt och två mål uppfylls inte. Detta medför att målet som helhet bedöms som inte uppfyllt. Nedan följer en beskrivning av de mål som inte uppnås eller uppnås delvis.

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

Målet mäts via sju indikatorer, varav tre uppfylls och fyra inte uppfylls. Styrelsen anser dock att detta verksamhetsspecifika mål är uppfyllt genom att exkludera neurologi från bedömningen av måloppfyllelsen avseende två av tillgänglighetsindikatorerna, se nedan.

Sjukhuset tar emot femtio procent av alla remisser till neurologin inom regionen vilket beror på att ett antal privata vårdval har stängts samt bristande kapacitet på andra sjukhus. Detta har lyfts till HSF som fått ansvar att förändra fördelningen av remissflödet. På grund av det stora remissflödet uppnår inte sjukhuset målen för indikatorn *andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* och *andel väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist*. Exklusive neurologi skulle sjukhuset uppnå en måloppfyllelse på 91 procent för nyckeltalet andel väntande till första besök inom 30

dagar hos specialist. Nu ligger resultatet på 66 procent och andelen väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist ligger på 86 procent vilket är strax under målet (89 %).

Tillgänglighetsmålen har påverkats negativt av pandemin. Sjukskrivningarna bland personalen har varit höga samtidigt som inflödet av patienter, framför allt via ambulanserna, har fortsatt ökat. Sjukhuset har haft svårt att öppna fler vårdplatser. Trots att åtgärder har genomförts inom akutflödets olika delprocesser; akut omhändertagande, inläggningsprocessen från akuten, utskrivningsprocessen och vårdplatskapacitet har utfallet för indikatorn andel patienter som vistas högst 4 timmar på akut (36 %) inte uppnått målet ( $\geq 78$  %). Även indikatorn medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning uppnådde inte målet. Under den första delen av året låg sjukhuset bra till men under sommaren och andra halvåret försämrades resultaten då akutmottagningen var ansträngd.

*Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt (delvis uppfyllt)*

Målet mäts via två indikatorer, varav den ena uppfylls och den andra inte. Detta medför att målet som helhet bedöms delvis uppfyllt. Indikatorn *andel genomförda sociala folkhälso-konsekvensanalyser* uppfylls inte. Förbättringsåtgärder och konsekvensanalyser vad gäller folkhälsan är en viktig och integrerad del av sjukhusets standardiserade arbete med patientprocesser. Under år 2023 planerar sjukhuset att utveckla arbetet med folkhälsokonsekvensanalyser.

*Region Stockholm- attraktiv arbetsgivare (uppfylls inte)*

Målet mäts via sju indikatorer varav sex inte uppfylls. Flera indikatorer som inte uppfylls är kopplade till frågor i årets medarbetarenkät som motivation, styrning och ledarskap. Årets resultat ligger strax under målnivåerna och har blivit marginellt bättre jämfört med året innan. Indikatorn *andel av medarbetare som utsätts för hot och våld* har försämrats med tre procentenheter jämfört med förra året. Årets resultat ligger på tolv procent och uppnår inte målet ( $\leq 9$  %). De två resterande indikatorerna som inte uppfylls rör sjukfrånvaro och personalomsättning. Pandemin har fortsatt påverkat sjukfrånvaron under 2022 samt tidiga säsonger av RS och säsongsinfluensan. Regionens mål att sjukfrånvaron i relation till ordinarie arbetstid ska uppgå till maximalt 6,2 procent har inte uppnåtts utan ligger på 7,9 procent. Personalomsättningen har dock minskat något från 13,2 procent 2021 till 12,1 procent 2022 men ligger långt över målet ( $\leq 8$  %). Utbildningscentrum Clinicum erbjuder kontinuerlig och anpassad utbildning för medarbetare då möjligheten att få lära nytt är central när medarbetare överväger att söka sig till, stanna inom eller lämna en verksamhet.

*Uppdrag från fullmäktige*

Sjukhuset har under året haft ett uppdrag: I sjukhusavtal 2024 säkerställa finansiering av ny vårdbyggnad 61 vid DS. Uppdraget pågår enligt plan.

Arbetet med sjukhusavtal 2024 - 2027 startar under 2023 och högsta prioritet är att säkerställa finansieringen av vårdbyggnad 61.

#### *Produktion*

Öppenvårdsbesöken är 22 331 (5,2 %) färre än budgeterat. De planerade besöken står för cirka 71 procent av den totala avvikelsen och är 15 805 färre än budgeterat. De akuta öppenvårdsbesöken är 6 526 färre än budgeterat och står för 29 procent av den totala avvikelsen. Under årets fyra sista månader producerade sjukhuset lika mycket akut öppenvård som under motsvarande period 2019. Inflödet till akutmottagningen närmar sig de nivåer sjukhuset hade innan pandemin.

Pandemin har påverkat både akut och planerad slutenvård, framför allt genom hög frånvaro bland personalen vilket resulterat i stängda vårdplatser. Det totala antalet slutenvårdstillfällen är 2 374 (4,7 %) färre än budgeterat. De planerade slutenvårdstillfällena är 419 färre än budget och de akuta slutenvårdstillfällena är 1 955 färre än budget. Under 2020 startade hjärtkliniken tre akuta dagvårdsavdelningar, vilket har lett till en ökad andel poliklinisering. Polikliniseringen har dock inte reglerats i avtalet med HSF och innebär en avvikelse inom akut slutenvård. Budgetavvikelsen inom akut slutenvård är 946 färre vårdtillfällen och inte 1 955.

Under andra hälften av året har sjukhusets vårdplatsbrist förvärrats. Antal vårdplatser har i snitt varit 446 under året vilket är 28 färre vårdplatser än budget. Sjukhuset gick in i 2022 med nio intensivvårdsplatser, för att sedan höja till tio platser under två korta perioder. Innan pandemin var åtta intensivvårdsplatser (sex intensivvårdsplatser under sommaren) standard.

Sjukhusets utfall i DRG-poäng för helår 2022 motsvarar 100,5 procent av avtalad målvolym, efter korrigeringar i årsbokslutet.

#### 2.2.4 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer utifrån regionens modell för bedömning av målluppfyllelse att de verksamhetsmässiga målen i huvudsak har uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft stor påverkan på styrelsens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet, både när det gäller produktion och tillgänglighet.

Revisionen vill betona vikten av att styrelsen fortsätter att vidta åtgärder för en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten. Vidare bedömer revisionen att det krävs ytterligare åtgärder för att sjukhuset ska bli en attraktiv arbetsgivare.

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet 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

Bolaget har i delrapporten för 2022 prognostiserat årets resultat justerat för coronarelaterade poster<sup>6</sup> till -137 mnkr. Efter justering för coronarelaterade poster blev utfallet -278 mnkr, dubbelt så mycket som vid delåret. I avvikelserna mellan delårsprognos och utfall ingår 48 mnkr högre kostnader för PO-pålägg som i enlighet med regionledningskontorets beslut ska exkluderas vid avstämningen av resultatkravet i samband med årsbokslutet. Justerat för detta blir avvikelserna mellan delårsprognos och utfall 89 mnkr, vilket kan härledas till generellt dyrare varor och tjänster som Danderyds sjukhus köper, men även till realiserade effekter på vidtagna åtgärder för en ekonomi i balans.

Sjukhuset har de senaste fem åren haft ett negativt ekonomiskt utfall med ett avbrott under 2020. Resultatet justerat för alla pandemirelaterade ersättningar och merkostnader samt effekter av diskonteringsränta har varit positivt under 2020-2021. Styrelsen beslutade i samband med verksamhetsplanen 2022 om ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans motsvarande 131 mnkr. Planen har reviderats löpande under året baserat på sjukhusets bedömning om hur bemanningssituationen och möjligheten att hantera den köställda vården sett ut. Den senaste revideringen syftade till att vidta åtgärder för 124 mnkr. Sjukhuset har realiserat effekter av vidtagna åtgärder motsvarande 55 mnkr (44 procent).

Ledningen följer kontinuerligt upp ekonomi och verksamhet. Styrelsen har löpande följt utvecklingen av både ekonomi och verksamhet under året, inklusive uppföljningen av beslutade åtgärder.

#### Bedömning

Revisionen konstaterar att styrelsen löpande följer upp ekonomi och verksamhet inklusive planerade och vidtagna åtgärder. Det finns omständigheter som inte styrelsen har kunnat påverka under pandemin, som tillsammans har en stor påverkan på sjukhusets ekonomi och verksamhet. Styrelsen bör dock arbeta för att hitta nya anpassade åtgärder utifrån den rådande situationen för att uppnå fullmäktiges ekonomiska och verksamhetsmässiga mål och uppdrag framöver.

---

<sup>6</sup> Merkostnader och ersättning för dessa samt förlorade intäkter

### 3.2 Styrning av kompetensförsörjning

Bemanningsituationen för Danderyds sjukhus har varit fortsatt ansträngd vad gäller grundutbildade och specialistsjuksköterskor samt barnmorskor. Framför allt gäller det dygnet runt verksamheter såsom akutmottagningen och slutenvård p.g.a. svårigheter att rekrytera till nattjänster. Yrkesgrupper inom teknik har också en utmanande situation, då de verkar i en bredare marknad och har många arbetsgivare att välja. När det gäller läkaryrkena så finns det brist bland erfarna läkare inom t.ex. radiologi, obstetrik och neurologi.

Mot bakgrund av ovanstående har revisionen granskat sjukhusets styrning av kompetensförsörjningen. För att få en fördjupad bild av arbetet med kompetensförsörjning har intervjuer genomförts med chefer på olika nivåer på tre verksamhetsområden som enligt uppgift har haft det svårare med bemanningssituationen, nämligen akutmottagningen, internmedicin och geriatriken.

#### *Pandemins påverkan på bemanningen och kompetensförsörjningen*

Pandemin har haft en stor påverkan på ekonomi och verksamhet, inte minst på kompetensförsörjningen. Sjukhuset tvingades att allokeras om personalen för att enbart arbeta med vård av covidsjuka patienter. Samtidigt ökade behovet av inhyrd personal för att täcka den frånvaro som orsakades av pandemin. I övrigt har pandemin lett till nya arbetssätt och att en snabb kompetensväxling tog plats. Idag finns det olika satsningar från både regionalt och statligt håll för att förbättra arbetsmiljön för medarbetare i synnerhet efter de ansträngda pandemiåren. Dessa satsningar handlar om effektiva team, nya arbetssätt och återhämtning

#### *Nätverk och samarbeten*

Sjukhusledningen anger att det finns ett samarbete mellan de regionala sjukhusen för att kunna hålla samma riktlinjer för löneutveckling och på så sätt minimera sannolikheten att sjukhusen "stjäl" personal från varandra. Det finns också gemensamma kompetensstegar som är framtagna av regionen centralt, se även nedan, för en enhetlig bedömning av kompetens inom regionen. Men rörligheten bland framför allt sjuksköterskor beror till stor del på att det finns en bredare marknad än regionens sjukhus. Framför allt är det bemanningsföretagen dit sjuksköterskor går, som konkurrerar med helt andra löner. Ett allmänt problem är att sjuksköterskor är ett bristyrke i hela landet och det behövs att fler utbildar sig till sjuksköterskor.

Regionen subventionerar specialistutbildningen av sjuksköterskor sedan ett antal år tillbaka, vilket innebär att sjuksköterskor eller barnmorskor utbildar sig med bibehållen lön.

#### *Ansvar och roller inom kompetensförsörjningen*

Inom ett verksamhetsområde ligger ansvaret för kompetensförsörjningen på den rekryterande första linjens chef och ytterst på

verksamhetsområdeschefen<sup>7</sup>. Som chef har man ansvar för både ekonomi och verksamhet vilket också innebär att hen har ansvar att bemanna verksamheten på så sätt att de uppnår målen för ekonomi och verksamhet.

Varje verksamhetsområde har en utsedd HR-partner som ger cheferna stöd i t.ex. rekryterings-, anställnings-, avtals- och arbetsmiljöfrågor samt i personalekonomiska nyckeltal och analyser.

De flesta verksamhetsområde har en utbildningsledare som skapar utbildningar utifrån verksamhetsområdets behov. Dessa samarbetar tätt ihop med Clinicum.

#### *Kompetensförsörjningsprocessen*

Danderyds sjukhus har en kompetensförsörjningsprocess som bygger på SIS standard<sup>8</sup> med samma namn.

*Kompetensanalys* är det första steget i kompetensförsörjningsprocessen. Det innebär att den rekryteringsansvarige chefen ska göra en kompetensanalys där behoven av både formell och reell kompetens identifieras. Det är i denna fas som identifiering av kompetensgapet görs, d.v.s. skillnaden mellan behov och befintlig kompetens. Här kan personalstatistik tas fram för att t.ex. kartlägga personalomsättning, från- och närvaromönster.

Granskningen visar att i samtliga verksamhetsområden görs detta i regel en gång per år i enlighet med årshjulet för kompetensförsörjning. Men behovet av kompetensanalys kan uppstå även för en kortare period än ett år. Akutmottagningen anges ha lättare att rekrytera läkare och undersköterskor, dock är det ett problem att många undersköterskor inledningsvis saknar erfarenhet och kräver en hel del handledning vilket tar resurser i anspråk. Däremot är det svårare att rekrytera och att behålla akutsjuksköterskor. På internmedicin råder det brist på sjuksköterskor och medicinska sekreterare. En regelbunden rekrytering är nödvändig. Läget på geriatriken är ansträngd och en av tre vårdavdelningar är stängd, därmed är endast 42 av 60 vårdplatser öppna. Det saknas vidare kompetens i form av erfarna undersköterskor. Samtliga intervjuade anger att verksamheterna arbetar med schemalaggningsplaneringen och har den som ett verktyg för att underlätta planeringen.

*Kompetensplanering* är det andra steget i kompetensförsörjningsprocessen, där kortsiktiga och långsiktiga kompetensmål, kompetensförsörjningsplaner och kompetensutvecklingsplaner tas fram. I granskningen framkommer att två (av tre) av sjukhusets övergripande kompetensförsörjningsstyrdokument<sup>9</sup> är utdaterade sedan flera år tillbaka. Detta kan bero på vakanser inom HR-avdelningen som ansvarar för uppdateringen av dessa styrdokument.

---

<sup>7</sup> Delegationsordning för Danderyds Sjukhus AB

<sup>8</sup>

SS 624070:2017 Kompetensförsörjningsprocessen, framtagen av Svenska institutet för standarder (SIS)

<sup>9</sup> Sjukhusövergripande kompetensförsörjningspolicy och kompetensförsörjningsplan

Sjukhuset har en gällande kompetensförsörjningsstrategi. Strategin stipulerar att det ska finnas kompetensförsörjningsplaner på verksamhetsområdesnivå, vilket det inte gör för samtliga verksamheter.

Kompetensutvecklingsplaner tas fram på individnivå i samband med medarbetarens utvecklingssamtal. Granskningen visar dock att för de verksamhetsområden som ingick i granskningen finns inga kompetensförsörjningsplaner varken på verksamhetsområdesnivå eller lägre nivåer än så. Framför allt anges pandemin vara den primära orsaken till detta. Under de senaste två pandemiåren har fokus varit på att klara av den kortsiktiga kompetensplaneringen.

*Genomförandefasen* är det tredje steget i kompetensförsörjningsprocessen. Här handlar det framför om allt att attrahera, behålla och utveckla samt vid behov avsluta/avveckla kompetens/medarbetare. Centralt inom sjukhuset finns en rekryteringsspecialist som säkrar processerna för rekrytering genom att uppdatera riktlinjer och mallar/checklistor m.m. Samtliga verksamhetsområden lyfter utbildning som en viktig åtgärd för att både locka nya och behålla medarbetare. Det finns en delvis centralt finansierad specialiseringsutbildning för sjuksköterskor, som fram till nyligen ledde till kvarstannande i åtminstone två år. I det senast överenskomna kollektivavtalet togs villkoret om kvarstannade bort, vilket enligt sjukhuset i praktiken innebär att sjuksköterskor efter en satsning i specialistutbildning kan gå vidare till andra uppdrag. Clinicum, som är Danderyds sjukhus utbildningscentrum har tagit fram utbildningsprogram för både nyutexaminerade sjuksköterskor och undersköterskor. Sjukhuset har skapat en roll som heter chefssjuksköterska. Ledningsgruppen har haft det på agendan att ta fram ett stödpaket till första linjens chefer för att stärka sitt ledarskap.

Danderyds sjukhus har infört en karriärmodell som kallas ”regiongemensamma kompetensstegen” och enligt uppgift från HR-avdelningen har de flesta anställda som tillhör de kategorierna som kan omfattas av, har placerats i kompetenssteget. Även detta ses som ett sätt att både attrahera och behålla personal.

Lön är inte den enda åtgärden att som kan vidtas, anger samtliga verksamhetsområden, i synnerhet när sjukhusets ekonomi redan är ansträngd, att sjukhuset ser över lönerna för de olika yrkeskategorierna. Flexibilitet i arbets-schemat är uppskattat av medarbetare, dock är inte detta alltid möjligt i en 24/7-verksamhet. Vikten av att hålla vårdplatser öppna gör att flexibiliteten i schemat begränsad. Åtgärder för att förbättra arbetsmiljön vidtas på samtliga verksamhetsområden.

Kompetensväxling har under pandemin ansetts vara en nödvändig åtgärd för att kunna genomföra vårduppdraget, men är även en viktig åtgärd för att kunna behålla medarbetare som på så sätt kan pröva på andra uppgifter.



Kompetensväxling ses också som ett sett att till viss del tillfredsställa sjukhusets behov av personalkategorier som är svåra att rekrytera och på så sätt minska behovet av inhyrd personal.

*Uppföljning och utvärdering* är det sista steget i kompetensförsörjningsprocessen. Här är det viktigt att följa upp och utvärdera effekterna av olika vidtagna åtgärderna. Det rimliga resultatet enligt beskrivningen av kompetensförsörjningsprocessen borde vara att åtgärderna har lett till att verksamheten har rätt kompetens för att kunna genomföra patientsäker vård och i förlängningen till att sjukhuset blir en attraktiv arbetsgivare samt får nöjda patienter.

Sjukhusledningen anger att det finns svårigheter att mäta effekterna av vidtagna åtgärder då det pågår flera åtgärder parallellt. En indikation på att åtgärder fungerar är således ett bra resultat i medarbetarundersökningen, patientenkäter och färre vårdavvikelser. Samtliga verksamhetsområden som ingick i granskningen anger att det finns förbättringspotential vad gäller uppföljning av olika insatser.

Av kompetensförsörjningsstrategin framgår att sjukhusledningen följer regelbundet upp verksamheternas arbete med kompetensförsörjningen. Enligt uppgift sker detta samtidigt som verksamhetsuppföljningen.

### **Bedömning**

Revisionen konstaterar att vissa yrkeskategorier är svåra att rekrytera, men att detta är ett nationellt problem och inte bara för Danderyds sjukhus. Vidare ser revisionen positivt på det samarbete som finns mellan sjukhusen i regionen för att minska den höga personalomsättningen.

Revisionen bedömer att det finns tydliga ansvar och roller inom ramen för kompetensförsörjningen på sjukhuset. Revisionen konstaterar att sjukhuset har en kontinuerlig bedömning av kompetensbehovet i synnerhet på kort sikt. Revisionen bedömer dock att sjukhuset bör återuppta arbetet med kompetensförsörjningsplaner för att säkerställa behovet av både kort- och långsiktig bemanningsplanering samt för att öka följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsprocess och -strategi.

Revisionen bedömer att sjukhuset vidtar olika åtgärder för att kunna attrahera och bibehålla personal. Dock anser revisionen att de olika åtgärderna behöver utvärderas för att kunna säkerställa att de ger effekt.

### **Rekommendationer**

- Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsstrategi.

### 3.3 Granskning av bisysslor vid Danderyds sjukhus

Revisionen har granskat om Danderyds sjukhus interna styrning och kontroll med avseende på hanteringen av de anställdas bisysslor är tillräcklig. Granskningen har innefattat sjukhusets arbete med att identifiera risker inom området, att det finns styrdokument som förtydligar ansvaret för inlämning och bedömning av bisysslor samt om sjukhuset följer regelverket avseende insamling och bedömning av bisysslor. Med otillåtna bisysslor menas bisysslor som är förtroendeskadliga, konkurrerande eller arbetshindrande.

Granskningen har gjorts med hjälp av intervjuer och studier av styrdokument. Vidare har revisionen genomfört en dataanalys i syfte att granska förekomsten och hanteringen av bisysslor i form av engagemang i organisationer av näringskaraktär. Dataanalysen har utgått från aktuellt personalregister och leverantörsregister inhämtat från Danderyds sjukhus samt Bolagsverkets register. Utifrån dataanalysen har revisionen också gjort en stickprovsgranskning av leverantörsfakturer i syfte att undersöka om den anställde, som visat sig ha ett engagemang hos leverantören, har attesterat fakturan eller stått som referens på faktura från denna leverantör. Dataanalysen och i förlängningen även stickprovet har avgränsats till personer i ledningsposition inom sjukhuset, tillsvidareanställda som har en läkartjänst samt tillsvidareanställda inom inköps- och upphandlingsfunktionen.

#### *Riskidentifiering inom bisyssleområdet*

Granskningen har visat att identifiering av risker med avseende på bisysslor inte ingår i den övergripande riskanalys som sjukhuset ska genomföra i enlighet med regionens riktlinjer för intern kontroll<sup>10</sup>. Av intervjuerna har det framkommit att sjukhuset ser en risk inom området i samband med inköp- och upphandling. Inför en ny upphandling informeras deltagare om sekretess och jäv för att säkerställa att samtliga deltagare är medvetna om processen och vad det innebär att vara med i en upphandling.

#### *Styrdokument, ansvar och roller*

Bisysslor för anställda regleras i flera både regionövergripande och lokala styrdokument. Av de regionövergripande tillämpningsanvisningarna för bisysslor<sup>11</sup> framgår att respektive verksamhet kan ta fram verksamhetsanpassade rutiner för hantering av bisysslor. Danderyds sjukhus har tagit fram en kompletterande riktlinje<sup>12</sup> i syfte att specificera hanteringen av bisysslor vid sjukhuset. Vidare finns det en checklista<sup>13</sup> för bedömning av förtroendeskadlig bisyssla som ska vara till stöd för både arbetsgivare och arbetstagare. Vilka som kan besluta om bisysslor regleras även i sjukhusets delegationsordning 2022.

---

<sup>10</sup> Riktlinjer för intern kontroll, RS 2019-0866

<sup>11</sup> Tillämpningsanvisningar för bisysslor SLL, LS-2017-1339

<sup>12</sup> Riktlinjer för bisysslor vid Danderyds Sjukhus AB

<sup>13</sup> Checklista för bedömning av förtroendeskadlig bisyssla

Granskningen visar att information om bisysslor ska lyftas redan i samband med intervju inför en anställning. I en av HR-avdelningen framtagen mall för utvecklingssamtal tas frågor upp kring bisysslor, där medarbetaren ombeds beskriva eventuella bisysslor och dess omfattning. I samband med nyanställning och vid medarbetarsamtal ska chefen informera medarbetaren om att denne är skyldig att anmäla bisysslor och uppge vad bisysslan innebär.

I princip är det tillåtet för en anställd inom regionen att ha en bisyssla som utövas vid sidan av sin anställning med undantag för otillåtna bisysslor som regleras i kollektivavtal<sup>14</sup>. Enligt de allmänna bestämmelserna i kollektivavtalet och regionens övergripande tillämpningsanvisningar för bisysslor är medarbetaren skyldig att på eget initiativ lämna uppgifter om bisysslor till sin arbetsgivare. Detta gäller både då en medarbetare påbörjar en ny bisyssla och när förändringar sker i en redan anmäld sådan.

Arbetsgivaren ska enligt de regionövergripande tillämpningsanvisningarna för bisysslor eftersträva en likvärdig bedömning där bedömningen av bisysslor ska ske sakligt och konsekvent. Vid behov får arbetsgivaren begära att medarbetaren kompletterar informationen om sin bisyssla om arbetsgivaren bedömer att medarbetaren inte har lämnat tillräckligt med information.

Principiellt svårbedömda fall lyfts upp till Bisysslorådet, vilket består av HR-direktör, förhandlingschef samt två verksamhetschefer. Bisysslorådet har som uppgift att ge råd till verksamhetschefer vid beslut om en bisyssla är tillåten eller otillåten, skapa enhetlig bedömning av vilka bisysslor som är tillåtna och inte, utarbeta riktlinjer för bisysslor och årligen följa upp information kring bisysslor. Verksamhetschefer ska inhämta Bisysslorådets rekommendation i principiellt viktiga frågor eller vid tveksamhet om en bisyssla ska godkännas eller förbjudas. Samtliga steg från anmälan till beslut ska göras i personalsystemet Heroma.

#### *Uppföljning av bisysslor*

I granskningen konstateras att det finns systemstöd för att registrera och besluta om en bisyssla. Personalsystemet Heroma ger möjlighet till en överblick över anmälningsgraden av bisysslor, hur många som har en bisyssla och vilken typ av bisyssla. Sjukhusledningen anger att svarsfrekvensen följs upp i Heroma och att chefer uppmanas att påminna sina medarbetare om att besvara frågan om man har en bisyssla eller inte i Heroma. Granskningen visar dock att var tredje av sjukhusets medarbetare inte uppgett i Heroma om de har en bisyssla eller inte. Statistiken visar också att drygt var tionde medarbetare har angett att hen har en bisyssla. Styrelsen begär inte information kring bisysslor från ledningen och ledningen har heller inte under året redovisat statistik över anmälda bisysslor eller över otillåtna bisysslor.

#### *Följsamheten till regelverk avseende rapportering och bedömning av bisysslor*

---

<sup>14</sup> Allmänna bestämmelser 17, 8§

Utifrån avgränsningen i granskningen har revisionen tagit del av underlag för personalkategorierna chefer, medarbetare inom inköps- och upphandlingsfunktionen samt de som har en läkartjänst, vilket uppgår till 817 medarbetare och motsvarar ca 18 procent av sjukhusets totala antal anställda<sup>15</sup>. Dataanalysen visar att 283 unika medarbetare har något registrerat engagemang hos Bolagsverket.

Revisionen har tagit ett stickprov på 30 (408) medarbetare som har ett registrerat engagemang hos Bolagsverket för att kunna se om de anmält sina bisysslor i enlighet med regelverk. Stickprovsgranskningen visar att 16 (30) har angett att de har en bisyssla, men ingen av dessa har angett samtliga av sina engagemang som finns registrerade hos Bolagsverket. Vidare visar stickprovsgranskningen att 7 (30) har angett i personalsystemet att de inte har en bisyssla och 7 (30) har överhuvudtaget inte besvarat frågan om bisyssla i personalsystemet.

För de 30 valda medarbetarna som hade ett registrerat engagemang hos Bolagsverket har revisionen gjort en kontroll om engagemangen förekommer i sjukhusets utbetalningar. Revisionen konstaterade att tre av de registrerade engagemangen för dessa 30 medarbetare har levererat varor/tjänster till sjukhuset. Stickprov av fakturor för dessa tre engagemang visar att den berörda medarbetaren inte har varit inblandad i attesteringen av fakturan eller stått som referensperson på fakturan.

Granskningen visar att det finns förutsättningar för ett spårbart flöde i personalsystemet när det gäller bedömningen av anmälda bisysslor, men att alla inte anmäler i systemet. Granskningen visar även att sjukhuset inte gör systematiska kontroller av följsamheten till regelverkets anvisningar när det gäller bedömning av otillåtna bisysslor.

### **Bedömning**

Revisionen bedömer att sjukhuset har uppdaterade och ändamålsenliga styrdokument som styr hanteringen av bisysslor, vilka finns både på regional- och på sjukhusnivå. Vidare bedömer revisionen att sjukhusets delegationsordning och andra styrdokument tydliggör de ansvar och roller som gäller för medarbetare och chefer.

Revisionen bedömer dock att det finns brister i följsamheten till sjukhusets och de regionala styrdokumenterna både från medarbetare och från chefer. När en tredjedel av samtliga medarbetare inte anmäler om de har en bisyssla och när de som anmäler inte gör det på ett fullständigt sätt, finns risk att man inte upptäcker otillåtna bisysslor som kan skada anseendet för sjukhuset och i förlängningen även för regionen. Revisionen anser att ledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmälas i Heroma för att kunna göra en fullständig bedömning av dem och därmed öka följsamheten till regelverket.

---

<sup>15</sup> Källa: Danderyds sjukhus externa hemsida 2023-03-07

Revisionen bedömer att sjukhuset bör utnyttja det tekniska stöd som personalsystemet utgör, för att kunna följa upp att samtliga medarbetare besvarar frågan om bisysslor i personalsystemet. Vidare borde personalsystemet nyttjas bättre för att göra stickprovskontroller i syfte att säkerställa att bedömning av bisysslor har gjorts på ett korrekt sätt. Detta förutsätter dock uppföljning av att samtliga medarbetare registrerat om de har en bisyssla eller inte.

Vidare anser revisionen att sjukhusledningen bör överväga bisysslor inkluderas i sjukhusets övergripande riskanalys<sup>16</sup>, men även inom ramen för nya upphandlingar. Detta för att kunna minimera riskerna för förekomst av otillåtna bisysslor, i synnerhet förtroendskadliga sådana.

### **Rekommendationer:**

- Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor samt vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.
- Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.
- Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma.

### **3.4 Systematiskt informationssäkerhetsarbete**

Sjukhuset hanterar dagligen känslig information genom ett hundratals system. Dessutom hanteras känslig patientinformation på alla nivåer i verksamheten. Detta ställer krav på bland annat en tydlig delegering avseende informationssäkerhetsansvar och säkerhet kopplat till informationstillgångar.

Informationssäkerhet är ett högriskområde där effekterna av felaktigheter skulle kunna ha stora konsekvenser för verksamheten, inte minst förtroendskadliga sådana. Mot bakgrund av ovan har en granskning gjorts av arbetet med informationssäkerhet på Danderyds sjukhus. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Danderyds sjukhus har ett systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar samtliga verksamhetsnivåer och utgår från styrelsen.

Hälften av sjukhusets verksamhetsområden har ingått i granskningen; Kirurgi och urologi, geriatrik, Danderyds sjukhus IT, medicinsk specialistvård, hjärtfysiologi och FoU. Granskningen har utförts dels genom intervjuer med områdeschefer och koordinators på de valda verksamhetsområdena, dels genom granskning av dokumentation.

*Styrande dokument samt ansvar och roller för informationssäkerhet* visar att sjukhuset har en informationssäkerhetspolicy dokumenterad på Danderyds sjukhus intranät. Denna policy är tillämpbar för samtliga

---

<sup>16</sup> Den riskanalys som leder till plan för intern kontroll och som ska göras årligen.

verksamhetsområden inom Danderyds sjukhus. De granskade verksamhetsområden är medvetna om informationssäkerhetspolicyen.

Vidare visar granskningen att roller och ansvar för informationssäkerhet finns dokumenterade på sjukhusets intranät. Enligt styrande dokument gällande informationssäkerhet, framgår det att styrelsen har det yttersta ansvaret på sjukhuset. Styrelsen har sedan delegerat ansvaret till Danderyds sjukhus vd som i sin tur delegerat ansvaret till respektive verksamhetsområdeschef. Det finns dessutom en utsedd koordinator för informationssäkerhet till verksamhetschefen. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa att personal innehar rätt utbildning och erhåller behörigheter till system i enlighet med arbetsuppgifter. Det är även verksamhetsområdeschefen som ansvarar för uppföljning och efterlevnaden av informationssäkerhet.

#### *Riskanalys*

Granskningen visar att riskanalys genomförs som en del i den interna kontrollen för sjukhuset, dock genomförs inga specifika riskanalyser periodiskt. I det dagliga arbetet samt vid införande av nya system genomförs riskanalyser och informationsklassning enligt informationssäkerhetspolicyen.

#### *Information*

Revisionen noterar att samtliga verksamhetsområden i huvudsak använder regiongemensamma it-system vilka informationsklassas på central nivå. Endast ett fåtal verksamhetsområden har verksamhetsspecifika it-system. Vidare visar granskningen att samtliga verksamhetsspecifika it-system saknar en informationsklassning. En förklaring till detta är att it-systemen har varit i bruk innan informationsklassning av it-system tillkom på Danderyds sjukhus.

Granskningen visar att ägandeskapet avseende information är formaliserat, dokumenterat och implementerat i respektive verksamhetsområde på sjukhuset.

#### *Utbildning i informationssäkerhet*

Revisionen konstaterar att nyanställda får en introduktion i patientsäkerhet och genomför en DISA-utbildning. Sjukhuset uppmanar samtliga medarbetare att använda utbildningsportalen "Lärtorget". Utbildningsprocessen gällande informationssäkerhet är generell och granskningen visar att samtliga verksamhetsområden tillämpar processen. Det saknas dock uppföljning som säkerställer att de nyanställda genomför de obligatoriska informationssäkerhetsutbildningarna. Vidare kan noteras att cirka 50 procent av de anställda inom vissa verksamhetsområden inte genomfört de obligatoriska utbildningarna. Det saknas en strukturerad formell vidare- eller kontinuerlig utbildningsprocess inom informationssäkerhet under anställningen.

#### *Förbättringsarbete*

Revisionen Granskningen visar att de granskade verksamhetsområdena saknar en systematisk och dokumenterad process för att hantera förbättringsfall.

Vidare noteras att förbättringsförslag och ändringar i informationssäkerhetsarbetet sker retroaktivt och i huvudsak baserat på incidenter som uppstår. Dokumenterade rutiner för förbättringar av ledningssystemet finns på sjukhusets intranätet.

### *Incidenthantering*

Revisionen noterar att samtliga granskade verksamhetsområden använder sig av det regiongemensamma incidenthanteringssystemet "Händelsevis" vid rapportering av incidenter. Avvikelse anmäls i "Händelsevis" och skickas vidare till linjechef. Uppföljningar och rapporteringar på antal avvikelser genomförs kvartalsvis och även i årsbokslutet. Granskningen visar att processen för hantering, anmälning och rapportering av avvikelser är formaliserad, dokumenterad och implementerad i samtliga granskade verksamhetsområden.

### **Bedömning**

Revisionen bedömer att sjukhuset har styrdokument som styr arbetet med informationssäkerhet samt att roller och ansvar är tydliga. Ansvaret är delegerat till respektive verksamhetsområdeschef som ska säkerställa att personal innehar rätt utbildning och behörigheter till systemen.

Vidare genomförs riskanalyser och informationsklassning enligt informationssäkerhetspolicyn i det dagliga arbetet samt vid införande av nya system. Revisionen bedömer att ägandeskapet avseende information är formaliserat, dokumenterat och implementerat i respektive verksamhetsområde på sjukhuset.

Revisionen noterar att samtliga verksamhetsområden tillämpar utbildningsprocessen. Det saknas dock uppföljning som säkerställer om de nyanställda genomför de obligatoriska informationssäkerhetsutbildningarna. Processen för hantering, anmälning och rapportering av avvikelser är formaliserad, dokumenterad och implementerad i samtliga granskade verksamhetsområden.

Sammanfattningsvis visar granskningen att Danderyds sjukhus har ett systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar samtliga verksamhetsnivåer och utgår från styrelsen.

### **Rekommendationer**

- Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga medarbetare har genomfört de obligatoriska utbildningarna för informationssäkerhet i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet.
- Sjukhusledningen bör säkerställa att alla medarbetare får en årlig formell fortbildning inom informationssäkerhet.
- Sjukhusledningen bör genomföra informations- och riskklassning i enlighet med instruktion för informationsklassificering för de system som ännu inte är klassade.

### 3.5 Säkerhet i nätverk och informationssystem

Europaparlamentet antog i juli 2016 ett direktiv för att uppnå en gemensam nivå för cybersäkerhet i Europeiska unionen. Direktivet är infört i svensk lagstiftning genom Lag (2018:1174) för att säkerställa säkerheten i nätverk och informationssystem för samhällsviktiga tjänster (hädanefter kallad NIS-lagen). Om Region Stockholms verksamheter inte uppfyller de krav som NIS-lagen ställer finns risk att samhällsviktiga tjänster slås ut i exempelvis cyberattacker. Det kan i sin tur leda till att vård inte kan bedrivas på ett patientsäkert sätt och till höga kostnader för att återställa information och system. Revisionen har därför granskat om Danderyds sjukhus säkerställer följsamhet till NIS-lagen.<sup>17</sup>

#### *Identifiering av samhällsviktiga och digitala tjänster*

Sjukhuset anser sig vara leverantör av samhällsviktiga tjänster och har därför anmält detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med lagens krav<sup>18</sup>. Sjukhuset har identifierat sina egenägda verksamhetskritiska system med bäring på samhällsviktiga tjänster. För varje system har graden av hur verksamhetskritiskt systemet bedömts.

#### *Systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete*

Utgångspunkten för säkra nätverk och informationssystem är systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Sjukhusets systematiska informationssäkerhetsarbete utgår från Region Stockholms ledningssystem för informationssäkerhet (LIS), vilket är baserat på ISO 27001.

Regionens LIS tar inte uttryckligen upp NIS-lagen, men i fullmäktiges riktlinjer för informationssäkerhet finns uppmaning om att komplettera med lokalt anpassade riktlinjer för att täcka eventuella gap. Det har sjukhuset också gjort genom lokala riktlinjer för t.ex. anskaffning, avvikelsehantering, systematisk logguppföljning och datalagring.

NIS-lagen uttrycker att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete avseende de nätverk och informationssystem som de använder för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. Riskanalys, bland annat gällande informationssäkerhet, genomförs på sjukhusövergripande nivå och systemnivå.

Riskanalyser och uppföljning av det generella informationssäkerhetsarbetet utgår från regionledningskontorets särskilda metodstöd complianceportal. I portalen finns även säkerhet i nätverk med som egen kravdeklaration.

---

<sup>17</sup> Motsvarande granskning finns i årsrapport 2023 för Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB.

<sup>18</sup> Enligt 23 § lag 2018:1174 ska leverantörer av samhällsviktiga tjänster utan dröjsmål anmäla sig till tillsynsmyndigheten.



I samband med ledningens genomgång rapporterar informationssäkerhets-samordnaren om informationssäkerhetsarbetet, vilket inkluderar NIS, som genomförts det senaste året och identifierade förbättringsområden. Dessutom följs informationssäkerhetsarbetet upp som en risk i intern kontrollplanen. Uppföljningen beskrivs både i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen samt i verksamhetsberättelsen för sjukhuset.

#### *Roller och ansvar*

Granskningen visar att det på central nivå i region Stockholm finns styrdokument med en tydlig roll- och ansvarsbeskrivning där ledningens och övriga organisationers ansvar avseende informationssäkerhetsarbetet beskrivs, inklusive NIS. Däremot saknas motsvarande tydlighet i sjukhusets beskrivning av ansvar och roller.

Intervjuade på sjukhuset uppger att det pågår ett löpande arbete för att säkerställa att det finns nödvändiga resurser för informationssäkerhetsarbete. Ledningen har identifierat att det finns behov av att fler arbetar med informationssäkerhet. Därför planeras det att tillsättas och utbildas informationssäkerhetskoordinatorer i respektive verksamhet för hela sjukhuset.

Samtliga medarbetare genomför en generell hållen obligatorisk DISA-utbildning samt en introduktion om informationssäkerhet vid anställning. Vidare sker utbildning genom informationsmöten. Det saknas en fastställd plan utifrån identifierade behov och arbetsuppgifter hur systematisk utbildning ska fortgå för att upprätthålla medarbetarnas kompetens för säker informationshantering.

#### *Avvikelse- och incidenthantering*

NIS-lagen uttrycker att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska vidta lämpliga åtgärder för att förebygga och minimera verkningar av incidenter som påverkar nätverk och informationssystem som de använder för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. Åtgärderna ska syfta till att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna.

Sjukhusets nätverk ägs och underhålls av Serviceförvaltning IT (SF IT), vid fastighets- och servicenämnden. Regionens fastighetsbolag Locum är fastighetsvärd för vissa byggnader och ansvarsfördelning beträffande fastighetssystem (hissar, ventilation, inpasseringssystem m.m.) är delat mellan Locum och sjukhuset. I förhållande till sjukhuset är många aktörer inblandade med ansvar för olika delar av NIS; Locum, regionledningskontoret samt SF IT. Respondenter på flera av de granskade sjukhusen pekar på att det inte finns någon formell dokumenterad ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna gällande informationssäkerhet generellt eller NIS mer specifikt. Sjukhuset har ett delat ansvar för ett tillgängligt nätverk med Locum och SF IT på liknande sätt som ansvaret är fördelat för fastighetssystem och skalskydd. Denna granskning har dock enbart omfattat akutsjukhusen och det har inte ingått i

granskningen att närmare utreda ansvarsförhållandena i relation till övriga aktörer.

Revisionen vill dock uppmärksamma Danderyds sjukhus och övriga akutsjukhus på att det finns ett behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden och samverkansformer.

Regionledningskontorets avdelning strategisk IT har en särskild funktion (CERT<sup>19</sup>), som hanterar en stor del av monitoreringen för nätverken i region Stockholm. I händelse av en nätverksincident kontaktar CERT-funktionen sjukhusets informationssäkerhetssamordnare som i sin tur kontaktar sjukhusets Incident Manager. Dokumenterad kontaktväg mellan sjukhuset och CERT-funktionen finns. CERT har, i mån av tid och prioritering, varit behjälpliga med penetrationstester och sårbarhetsskanningar. En del sårbarhetsskanningar sker löpande och rapporteras till informationssäkerhetssamordnare och Incident Manager för hantering. Granskningen visar att testerna genomförs ad hoc, vid behov och att systematik saknas.

Sjukhuset har funktionerna Serviceledning i beredskap och Incident Manager som har behörighet att rapportera incidenter. I funktionen Service ledning i beredskap ingår IT-chef, informationssäkerhetssamordnare samt chef för Säkerhet- och beredskapsfunktionen. Samtliga roller har adekvat utbildning för att i enlighet med NIS-lagstiftning kunna göra en anmälan till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB<sup>20</sup>). Riktlinjer för avvikelshantering finns dokumenterade.

När t.ex. en patientsäkerhetsincident inträffar finns tydliga metoder och instruktioner för hur en orsaksanalys ska genomföras och åtgärdsplan upprättas för att undvika att samma incident upprepas. Däremot saknas motsvarande tydlighet om avvikelser/incidenten har orsakat en IT-störning.

Enligt NIS-lagstiftningen ska verksamheten säkerställa kontinuitet i samhällskritiska system vid olika typer av incidenter. Sjukhuset har avbrottsplaner för alla system. Avbrottsplanerna saknar systematik, t.ex. testas planerna bara för vissa system. Kontinuitetsplaner testas genom skrivbordsövningar, scenarion planeras och iscensätts för att identifiera förbättringsmöjligheter i kontinuitetsplaneringen, men det saknas regelbundenhet i övningarna. Det pågår ett arbete kring ett ledningssystem för kontinuitetshantering.

## Bedömning

---

<sup>19</sup> Computer Emergency Response Team

<sup>20</sup> 18 § lag 2018:1174 uttrycker att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska utan onödigt dröjsmål rapportera incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som de tillhandahåller till tillsynsmyndighet som regeringen bestämmer. Regeringen har beslutat att rapportering ska ske till MSB.

Revisionen bedömer att Danderyds sjukhus i huvudsak säkerställer att det finns följsamhet till NIS-lagen. Det är positivt att sjukhuset arbetar för att införa ett ledningssystem för kontinuitetshantering.

För att ytterligare stärka arbetet bedömer revisionen att det är viktigt att sjukhuset tydliggör roller och ansvar i sjukhusets systematiska informations-säkerhetsarbete och att NIS beaktas i det arbetet. Även de ansvar och roller som delas med andra aktörer (framför allt SF IT, CERT och Locum) kan behöva förtydligas ifall en större incident skulle inträffa.

Revisionen bedömer att en utbildningsplan som är mer specifikt anpassat till sjukhuset behov gällande informationssäkerhet och NIS behöver tas fram.

Vidare bör sjukhuset fortsätta att utveckla systematik kring sårbarhetstester och avbrottsplaner. Det saknas en uttalad metodik för hur analysarbetet efter en incident ska genomföras vilket kan medföra en risk att analysen inte blir tillräcklig. Det finns även anledning att förtydliga sambandet mellan orsaksanalys och åtgärdsplan för att undvika att en händelse återupprepar sig.

### **Rekommendationer:**

- Sjukhusledningen bör säkerställa att roller och ansvar för informationssäkerhet, inkl. NIS, inarbetas i relevanta styrdokument för sjukhuset.
- Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetare om informationssäkerhet utifrån identifierade behov och arbetsuppgifter i en utbildningsplan.
- Sjukhusledningen bör säkerställa att det finns en systematik kring sårbarhetstester och avbrottsplaner.

### **3.6 Intern kontroll i externt finansierade projekt<sup>21</sup>**

Alla verksamheter inom Region Stockholm har en viktig roll inom forskning, utveckling och utbildning. Projekt inom ramen för de ovannämnda områdena finansieras huvudsakligen från stiftelser, läkemedelsindustri och staten. Arbetet sker ofta i nära samarbete med finansörerna och andra intressenter. För Region Stockholm i allmänhet och för den berörda verksamheten i synnerhet innebär detta samarbete ett åtagande och som motprestation erhålls ett ekonomiskt bidrag från finansörerna.

Enligt regionens regler ska alla externfinansierade projekt bedrivas med full kostnadstäckning. Extern finansiering av olika projekt är viktig för utvecklingen inom regionen. En tillräcklig intern kontroll behövs inom projekt för att finansörernas förtroende för verksamheten och i förlängningen även för regionen inte ska påverkas negativt. En tillräcklig intern kontroll behövs även

---

<sup>21</sup> Motsvarande granskning finns i årsrapport 2022 för Södersjukhuset AB

för att förebygga situationer där oegentligheter kan uppstå. Varje projekt ska ge en rättvisande ekonomisk bild.

Mot bakgrund av detta har revisionen granskat om Danderyds sjukhus AB har en tillräcklig intern styrning och kontroll av externt finansierade projekt i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och regionens styrdokument. I granskningen ingår en bedömning av om projekten styrs mot överenskomna mål, att sjukhuset följer regionala och lokala rutiner och riktlinjer avseende externt finansierade projekt samt att projekten styrs av giltiga avtal och beslut som följer bolagets beslutsordning. Vidare ska en bedömning göras om sjukhuset följer upp projekten.

Granskningen har genomförts via genomgång av styrdokument, intervjuer med redovisningsenheten, controllerenheten centralt på sjukhuset samt i förekommande fall med projektledare. Verifiering har gjorts genom stickprov och test av kontroller.

#### *Styrning av projekten mot överenskomna mål*

Granskningen visar att roller och ansvar framgår av sjukhusets rutin. Varje projekt måste ha en projektledare som är utsedd av verksamhetschefen. Projektledaren ansvarar för att planera, styra och koordinera och därmed säkra att projektet når uppsatt mål och att resultat levereras inom utsatt tid. Revisionen har granskat 57 pågående projekt. I samtliga framgår vem som är ansvarig och utöver projektledarens ansvar beskrivs även vd:s, verksamhetschefs, controllerenhetens och redovisningsenhetens ansvar.

#### *Skriftliga avtal till externa projekt*

Revisionen har granskat om det finns giltiga avtal till grund för de externt finansierade projekten. Det ska finnas ett skriftligt avtal som beskriver det externa projektets syfte, mål och tidsplan enligt Region Stockholms gemensamma rutiner för projektredovisning. Till varje projekt ska det även finnas en ekonomisk plan, en projektkalkyl, som upprättas i samråd med klinikens controller.

Granskningen visar att det finns giltiga avtal för de externt finansierade projekten men de innehåller inte alltid alla uppgifter som ska framgå enligt sjukhusets rutin. Förklaring till detta är att avtalet har upprättats av bidragsgivaren och därmed inte innehåller de uppgifter som sjukhuset kräver. Vidare visar granskningen att det saknas en upprättad projektkalkyl för flera granskade projekt.

#### *Löpande uppföljning och kontroll av projekten för att bland annat säkerställa full kostnadstäckning*

Revisionen har granskat huruvida resultatuppföljningen följer sjukhusets rutiner. Redovisningsenheten ska varje månad skicka ut ekonomiska rapporter för varje projekt med en lista med specifikation över antal nedlagda timmar per projektdeltagare till projektledaren och klinikcontrollern. Granskningen

visar att projektägarna kan följa de ekonomiska transaktionerna. Sedan två år tillbaka skickas rapporterna ut när projektägarna önskar få dem. Rapporterna skickas till klinikcontrollern varje månad. Granskningen visar att resultatuppföljningen inte fullt ut görs enligt sjukhusets rutin.

Dels uppges rutinen ha förändrats (rapporterna tas inte ut och skickas ut på samma sätt), dels finns det avvikelser i redovisningen som tyder på att uppföljningen inte görs löpande. Återstående projektmedel återbetalas till finansären eller intäktsförs.

Av sjukhusets rutiner framgår hur avslut av projekt ska hanteras, hur förlängning av projekt går till samt hur projekt utan aktivitet ska hanteras. Rutinen tar även upp hanteringen av eventuella över- och underskott.

Granskningen visar att sjukhuset inte fullt ut säkerställt att rutinerna efterlevs vid projektavslut. Bland annat noteras att det saknas blanketter/underlag för förlängning för flertalet projekt vilket gör det svårt att bedöma huruvida projekten borde vara avslutade. Vidare noteras underskott i några projekt. Vid uppföljning uppges att underskotten kommer att flyttas över till ett andra projekt där finansiering finns men inget styrker att uppdragsgivaren skriftligen godkänt detta, vilket är ett krav enligt sjukhusets rutin.

#### *Redovisningen av projekt sker enligt lag och god sed*

Av regionens rutiner för projektadministrationen gäller samma regler och lagar som för övrig administration inom Region Stockholm, vilket innebär att projektredovisningen ska ge en rättvisande ekonomisk bild. Granskningen visar att två avvikelser från lag och god sed har uppmärksammat. Den ena är att i de fall sjukhuset erhållit koncerninterna bidrag (i huvudsak från hälso- och sjukvårdsnämnden eller vårdens kunskapsstyrningsnämnd) framgår inte vem den ursprungliga bidragsgivaren är vilket gör att det inte går att bedöma huruvida bidragen är balansgilla. Den andra avvikelser är den nuvarande hanteringen av den administrativa avgiften på 10 procent som blåser upp både intäkts- och kostnadssidan. Granskningen visar att redovisningen av projekt inte fullt ut sker enligt lag och god sed. Hanteringen av projekt är i enlighet med regionens riktlinjer samt den praxis som funnits i regionen. Det pågår dock en regionövergripande granskning av regionens riktlinjer. Och revisionen följer utvecklingen.

#### **Bedömning**

Revisionen bedömer att sjukhuset styr projekten mot överenskomna mål genom tydliggörande av ansvar och roller. Revisionen gör dock den bedömningen att sjukhuset inte följer sina egna rutiner och styrdokument fullt ut när det gäller att säkerställa att det finns giltiga avtal till grund för varje projekt samt projektkalkyler. Vidare bedömer revisionen att sjukhuset bör stärka resultatuppföljningen av projekten samt dokumentera de stickprovskontroller som görs av redovisningsenheten. Revisionen ser positivt på det arbete som sjukhuset lagt ner för att kunna hantera eventuella över- och underskott

i samband med årsbokslutsarbetet. Det finns dock förbättringspotential vad gäller säkerställandet av erforderliga underlag som styrker att finansiären har godkänt flytt av underskott mellan projekt.

### **Rekommendationer**

- Sjukhusledningen bör säkerställa följsamheten till sjukhusets rutiner för administreringen av externt finansierade projekt med avseende på giltiga avtal, projektkalkyler, resultatuppföljning av projekten, dokumentation av stickprovskontroller samt hantering av under- och överskott.

### **3.7 Granskningar utan väsentliga iakttagelser**

Revisionskontoret genomför årligen en basgranskning som innehåller fördjupade granskningar inom specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys, som redovisas ovan.

Revisionen har granskat plan för intern kontroll utan väsentliga iakttagelser. Planen beslutades av styrelsen i samband med styrelsesammanträde<sup>22</sup> den 15 december 2021 och en uppföljning har skett i samband med behandlingen av delårsbokslutet den 22 september 2022. Revisionen bedömer att sjukhuset arbetar aktivt med riskerna.

Den auktoriserade revisorn har granskat den övergripande intern kontrollen kopplat till kritiska poster i årsredovisningen, som är investeringsprocessen, löneprocessen och ledningsnära kostnader utan några väsentliga iakttagelser. Vidare har den auktoriserade revisorn granskat sjukhusets hållbarhetsrapport utan väsentliga iakttagelser.

### **3.8 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer**

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen som framgår av bilaga 1 och 2 där det framgår hur de har hanterats.

## **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.

---

<sup>22</sup> DSAB Styrelseprotokoll 12/2021

#### **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.

#### **4.2 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer**

Både nya och uppföljningen av äldre rekommendationer från den auktoriserade revisorn redovisas samlade i bilaga 1 och 2 tillsammans med övriga rekommendationer.

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

Styrelsen har 2023-03-22 lämnat yttrande över delrapporten för 2022. Styrelsen har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening. I övrigt har styrelsen redogjort för effektiviseringsåtgärder som har vidtagits och kommer att vidtas för att uppnå en ekonomi i balans, ökad tillgänglighet på akuten samt hanteringen av köställd vård på grund av pandemin. se även bilaga 4.

## 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

### Danderyds Sjukhus AB


#### Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29448 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1476	Styrelsen bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.		<b>ÅR 2022</b>  Revisionen har under året granskat grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete och konstaterat att sjukhusets arbete i allt väsentligt omfattar samtliga verksamhetsområden och på alla nivåer. Rekommendationen anses vara åtgärdad.

#### Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59596 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i en uppdaterad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.		<b>ÅR 2022</b>  Uppföljningen visar att Danderyds Sjukhus AB under 2022 har reviderat krisberedskapsplanen (katastrofmedicinsk- & epidemiberedskapsplan). Revisionens översiktliga granskning visar att sjukhuset har omhändertagit erfarenheter från pandemin samt anpassat planen till de regionala styrdokumenten. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

#### Övriga

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29441 Från rapport	Styrelsen bör säkerställa att det på övergripande nivå samt för olika verksamheter arbetas fram kontinuitetsplaner för		<b>ÅR 2022</b>

## Regionrevisorerna




Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2017 Årsrapport <b>Tidigare ID</b> 1181	kritiska verksamheter och processer enligt ISO 22301:2014.		Revisionen konstaterar att kontinuitetsplaner finns för sjukhusets mest kritiska vårdstödande systemen som Take Care, Sectra (Radiologi), Obstetrix, etc men även för kritiska administrativa systemen som t ex Clockwork (inköp) och Heroma (personal). Arbetet med kontinuitetsplanering är ett pågående arbete och sjukhuset har över hundra system och processer. Sjukhuset har även tagit fram avbrottsplaner, krisplaner och manuella rutiner för de kritiska verksamhetsprocesserna och systemen. Revisionen anser att rekommendationen är åtgärdad.

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

### Danderyds Sjukhus AB

#### Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77173 <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 2022</b>  Revisionen konstaterar att sjukhuset har infört en sjukhusövergripande kontroll för att kunna följa upp cheferna deltagande i arbetsmiljöutbildningar. Rekommendationen anses vara åtgärdad.
77174 <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 2022</b>  Enligt uppgift från sjukhusledningen redovisas statistik över avvikelserna per klassificering i verksamhetsområdets samverkansgrupp/skyddskommitté av verksamhetsområdets HR-partner minst tre gånger per år. I dagsläget kan inte sjukhusledningen säkerställa att återkoppling av uppföljning av avvikelser samt åtgärder enligt handlingsplan görs till medarbetarna. Vid nästa års uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete kommer en av frågorna att handla om avvikelser följs upp och återkopplas till medarbetarna. Revisionen anser att rekommendationen är delvis åtgärdad och följer upp den vid nästa års granskning.
77175 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör genomföra en samlad och dokumenterad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet och rapportera det till sjukhusstyrelsen i enlighet med AFS 2001:1.		<b>ÅR 2022</b>  Enligt sjukhusledningen har en uppföljning skett hösten 2022, men sjukhusstyrelsen har ännu inte fått ta del av denna uppföljning. Rekommendationen anses vara delvis åtgärdad.

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77176 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att rutiner följs och ansvarsfördelningen stärks för att minska risken för underrapportering av incidenter inom det systematiska brandskyddsarbetet.	●	<b>ÅR 2022</b>  Revisionen framförde i årsrapport 2021 att den ansvarsfördelningen som finns idag mellan säkerhetsavdelningen och bevakningsorganisationen förutsätter en god kommunikation mellan dessa två parter och en ökning av sjukhusets egenkontroller inom brandsäkerhet. Revisionen erfar att kommunikationen mellan parterna sker dagligen vilket minskar risken för att eventuella incidenter inte rapporteras. Dessutom har egenkontrollerna ökat och överstigit målet om 60 procent. Mot bakgrund av detta anser revisionen att rekommendationen är åtgärdad.
97474 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa följsamheten till sjukhusets rutiner för administreringen av externt finansierade projekt med avseende på giltiga avtal, projektkalkyler, resultatuppföljning av projekten, dokumentation av stickprovskontroller samt hantering av under- och överskott.	—	

**Investeringar**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59597 <b>Från rapport</b> 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör revidera de interna processbeskrivningarna och stödande mallar utifrån regionens övergripande investeringsriktlinje så att den lokala investeringsprocessen överensstämmer med den regionala åtgärdsvals- och investeringsprocess, ange en beloppsgräns för när ett investeringsärende ska lyftas till regionstyrelsen och vidare till fullmäktige, specificera vad investeringar av betydande karaktär innebär för att kunna följa upp att utvärdering av effektmål görs och att informationen i de olika stödande mallarna och investeringsprocessen är samstämmiga.	●	<b>ÅR 2022</b>  Granskningen visar att stödande mallar är överensstämmande med varandra när det gäller vid vilka beloppsgränser olika beslut ska tas. Vidare konstaterar revisionen att alla belopp över 10 mnkr ska gå till styrelsen för godkännande. Däremot har sjukhuset inte specificerat någon beloppsgräns för när ett investeringsärende ska lyftas till regionstyrelsen och vidare till fullmäktige samt inte specificerat vad investeringar av betydande karaktär innebär för att kunna följa upp att utvärdering av effektmål görs. Revisionen anser att rekommendationen är delvis åtgärdad.

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59598 <b>Från rapport</b> 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör förbättra den interna kontrollen i investeringsprocessen genom att säkerställa att erforderliga underlag alltid bifogas ett investeringsärende innan beslut.	●	<b>ÅR 2022</b>  Revisionen har genomfört en stickprovsgranskning som visar att sjukhuset i allt väsentligt har de underlag som krävs för beslut av investeringsärende. Revisionen anser att rekommendationen är åtgärdad.

**IT/informationssäkerhet**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97469 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga medarbetare har genomfört de obligatoriska utbildningarna för informationssäkerhet i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet.	—	
97470 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetarna om informationssäkerhet. (Rekommendationen härstammar både från granskningen av systematiskt informationssäkerhetsarbete och granskningen av säkerhet i nätverk och informationssystem.)	—	
97471 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör genomföra informations- och riskklassning i enlighet med instruktion för informationsklassificering för de system som ännu inte är klassade.	—	
97472 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att roller och ansvar för informationssäkerhet, inkl. NIS, inarbetas i relevanta styrdokument för sjukhuset.	—	
97473 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att det finns en systematisk kring sårbarhetstester och avbrottsplaner.	—	

## Regionrevisorerna


**Oegentligheter**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97467 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	–	
97468 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma.	–	

**Personal**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97465 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsstrategin.	–	

**Verksamhetsstyrning**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57173 <b>Från rapport</b> 2020/11 projektrapport	Sjukhusledningen behöver utveckla formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas		<b>ÅR 2022</b>  Sjukhuset har under året fortsatt arbetet på likartat sätt som tidigare. En viktig del i det har varit att påminna alla inblandade om vikten av att alltid få in alla avvikelser till diariet för att kunna aggregera och göra analyser av avvikelserna, för att kunna få fram faktaunderlag om förbättringsbehov och hur de ska prioriteras. Vid samverkansmöten har avvikelser som tagits upp muntligen och som bedömts vara allvarliga eller ha ett lärovärde nedtecknats i

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			minnesanteckningar som sedan har förmedlats till samtliga berörda verksamheter. Antal avvikelser som rör avvikelseprocessen är fortfarande relativt få. För att stärka medvetenheten om både flöden och avvikelshantering är planen att under 2023 öka chefsrepresentationen vid återkommande samverkansmöten med vissa vårdgivare utanför akutsjukhusen. Rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad.

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. Avvikelser 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



Regionrevisorerna

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

9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

## **Bedömningskriterier**

### **Tillräcklig**

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

### **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 revisionsred 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



Danderyds Sjukhus

I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

MISSIV STYRELSESAMMANTRÄDE DANDERYDS SJUKHUS AB

NR 3/2023

---

## Yttrande över Regionrevisorernas Delrapport 2022 för Danderyds Sjukhus AB

Styrelsen för Danderyds Sjukhus AB har tagit del av Regionrevisorernas Delrapport 2022 och dess rekommendationer. Styrelsen noterar att det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med god redovisningssed och regionens interna anvisningar. Styrelsen avser vid kommande beslutstillfällen formulera ett tydligt beslut om godkännande eller avslag vid prognostiserade negativa resultatavvikelse i enlighet med riktlinjen för ekonomistyrning. Sjukhusledningen kommer i övrigt att vidta åtgärder baserat på Regionrevisorernas rekommendationer.

Styrelsens synpunkter önskas särskilt vad gäller de effektiviseringsåtgärder som har vidtagits under 2022 och kommer att prioriteras för att framöver nå en ekonomi i balans. Revisorerna vill också ha styrelsens syn på de åtgärder som vidtas för att kunna öka tillgängligheten i allmänhet och på akuten i synnerhet samt hanteringen av köställd vård på grund av pandemin.

### Effektiviseringsåtgärder

Sjukhusets kommer efter politiskt beslut att få ett permanent extra ekonomiskt tillskott i april 2023 motsvarande cirka 360 miljoner kronor (exklusive moms-kompensation). Detta innebär att sjukhusets ekonomiska gap kraftigt minskar år 2023 men bedömningen är att det finns kvar ett gap på drygt 100 miljoner kronor. Utöver det behöver kostnadsförordningarna på grund av pandemin successivt komma tillbaka till prepandemisk nivå. Ekonomin påverkas också negativt av de nu allt fler prisökningar som gör sig gällande vilket ställer krav på ytterligare åtgärder.

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans är i nuläget på cirka 123 miljoner kronor (inklusive intäcksåtgärder). De största kostnadsbesparingarna rör kraftig reducering av inhyrd personal, effektivare inköp- och upphandling, regional samordning av administration och effektivisering av vårdnära kostnader som läkemedel och laboratorietjänster.

Intäcksåtgärden handlar om att klara internt budgeterade produktionsvolymerna och därmed överträffa beställda volymer. Den ökade vårdtyngden de senaste åren ger en ökad sjukvårdsproduktion mätt i DRG-poäng som inte är reglerad med en ökad beställning från HSF. För att säkerställa en bättre dimensionering av verksamheten planerar sjukhuset under år 2023 en överproduktion jämfört med sjukhusavtalet vad gäller den akuta slutenvården.

Åtgärdsprogrammets genomförande kan även under år 2023 påverkas av pandemins utveckling och den uppskjutna vården. Kraftig reducering av inhyrd personal kan också leda till kapacitetsförluster och minskade intäkter.

### Tillgänglighet och hantering av köställd vård

Sjukhuset har under långa perioder senaste tre åren påverkats av pandemin, vilket resulterat i längre vårdköer och ökade ledtider på akuten. Vad gäller tillgängligheten till nybesök

och behandling/operation är de på en nationell mycket hög nivå och tillgänglighetsmålen uppnås till stor del nu när pandemin har minskat.

Vad gäller ledtiderna på akuten har måluppfyllelsen påverkats negativt av pandemin samt svårigheterna att öppna upp fler vårdplatser. Vidare har sjukskrivningar bland personalen varit ovanligt hög samtidigt som inflödet av patienter, och då främst via ambulanserna, fortsatt ökat. Under de senaste åren har förstärkta åtgärder tagits fram och genomförts inom akutflödets olika delprocesser; akut omhändertagande, inläggningsprocessen från akuten, utskrivningsprocessen och vårdplatskapacitet.

Prioriterade åtgärder under hösten 2022 och början av 2023 är;

- Förbättra den medicinska beslutsförmågan dygnet runt på alla sektioner
- Förbättra förutsättningarna för att oerfaren omvårdnadspersonal på alla sektioner på akuten ska kunna utföra sina arbetsuppgifter optimalt och öka kompetensen
- Optimera vårdplatskoordineringen på sjukhuset
- Öppna en akut slutenvårdsavdelning (AVA) inom VO Akutsjukvård

Övergripande kan vi nu se positiva effekter av dessa åtgärder genom;

- Förbättrade akuta flöden och minskad crowding
- Förbättrad patientsäkerhet och arbetsmiljö
- Generellt sett förbättrat sjukhusövergripande samarbete

För att nå den långsiktiga målbilden krävs fortsatt arbete.

På styrelsens uppdrag

Christophe Pedroletti  
VD