

Årsrapport 2022

Södersjukhuset AB

Regionrevisorerna

2023-03-30

Diarienummer
RK 2022-0021

Södersjukhuset AB

Årsrapport 2022
Södersjukhuset AB

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

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
ordförande

Karelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – Södersjukhuset AB

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

Bedömning för år 2022

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

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Bolagets ekonomi har under året påverkats i större utsträckning av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -294 mnkr.

Fullmäktige har beslutat¹ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår till 173 mnkr. Bolaget har även erhållit 157 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktiges beslut².

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 77 mnkr.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till -201 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 3,3 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.

¹ RS 2021-0062 och RS 2021-0685

² 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 att *region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt* uppnås delvis. Målen om *hög innovations- och digitaliseringsgrad* samt *region Stockholm en attraktiv arbetsgivare* uppnås däremot inte. Revisionen bedömer att det krävs ytterligare åtgärder för att nå målet om attraktiv arbetsgivare.

Även om målet *en hälso- och sjukvård av god kvalitet* uppfylls, uppnås inte fullmäktiges målvärden för tillgängligheten på akuten. Revisionen bedömer att styrelsen behöver fortsätta att vidta åtgärder för en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten. Vidare har sjukhusets möjlighet att producera i enlighet med sjukhusavtalet påverkats av pandemin. Sjukhusets produktion avviker negativt både när det gäller slutenvårdstillfällen och öppenvårdsbesöken.

Revisionen bedömer, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin, att de verksamhetsmässiga målen enligt regionens modell i huvudsak har uppnåtts. Det verksamhetsmässiga resultatet är i huvudsak tillfredsställande.

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

Intern styrning och kontroll

Styrelsens interna styrning och kontroll av verksamheten har, 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, intern kontroll i externt finansierade projekt samt följsamheten till barnkonventionen. 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	1
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	2
2.1	Ekonomiskt resultat	2
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	6
3	Intern styrning och kontroll	8
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	8
3.2	Styrning av kompetensförsörjning	9
3.3	Granskning av bisysslor vid Södersjukhuset	13
3.4	Följsamheten till barnkonventionen	17
3.5	Systematiskt informationssäkerhetsarbete	20
3.6	Säkerhet i nätverk och informationssystem	22
3.7	Intern kontroll i externt finansierade projekt	26
3.8	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	29
3.9	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	30
4	Räkenskaper	30
4.1	Årsredovisningen	30
4.2	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	30
5	Styrelsens yttrande över delrapport 2022	30
	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 Södersjukhuset AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för specialiserad akut och planerad sjukvård, huvudsakligen inom regionens södra delar. För att underlätta patienters omhändertagande på rätt vårdnivå ska sjukhuset samverka med närsjukvården. Sjukhuset ska bedriva högspecialiserad vård inom kärl- och handkirurgi medan akut och planerad bassjukvård ska bedrivas i begränsad omfattning. Sjukhuset ska även utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), regionens övriga akutsjukhus och regionfinansierade privata vårdgivare samt kommunerna i länet. Vidare ska sjukhuset bedriva undervisning och klinisk forskning relaterad till sjukvårdsuppdraget.

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

I granskningen har lekmannarevisorerna biträttats av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Sonila Nilsson m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Tomas Mathiesen vid KPMG.

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

Under granskningsåret har ömsesidig information och samverkan skett mellan bolagets lekmannarevisorer och dess auktoriserade revisor. Lekmannarevisorerna träffar representanter för bolagsstyrelsen för dialog vartannat år, senast under 2021.

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
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	6 040	6 524	6 426
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 6 025	-6 818	-6 677
- varav omställningskostnader	-	-	-23
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	15	-294	-251
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	173	424
Ersättning för täckning av merkostnader*	-	- 157	- 390
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	77	-
Justerat resultat	-	-201	-11

Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	212	244
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt	15	-82	-7
Balansomslutning (mnkr)	-	5 277	5 174
Årsarbetare (antal)	4 077	4 670	4 618

2.1.1 Resultat 2022

Bolagets ekonomi har även under 2022 påverkats i stor utsträckning av den pågående coronapandemin, dock har denna påverkan varit mindre än föregående år. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -294 mnkr.

Fullmäktige har beslutat³ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår sammanlagt till 173 mnkr.

³ RS 2021-0062 och RS 2021-0685

Bolaget har även erhållit 157 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktige beslut⁴.

De ökade kostnaderna för semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg (PO-pålägg) enligt 2023 års nivå⁵ ska, under förutsättning av fullmäktiges beslut, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav. Vid avstämning av resultatkravet sker därför en justering för mellanskillnaden mellan 2022 och 2023 års PO-påläggsnivå, vilket för bolaget uppgår till 77 mnkr.

Resultatet justerat för dessa poster uppgår till -201 mnkr. Detta är 216 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 3,3 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

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 -82 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 6 524 mnkr, vilket är 484 mnkr (8 procent) högre än budgeterat. Exklusive ersättning för coronarelaterade poster i samband med pandemin (-157 mnkr), men inklusive det coronarelaterade intäktsbortfallet (+16 mnkr) uppgår verksamhetens intäkter till 6 383 mnkr och avviker positivt från budgeten med 343 mnkr (5,7 procent). Följande poster förklarar avvikelsen i verksamhetens intäkter.

Erhållna bidrag justerade för statsbidrag som täcker coronarelaterade merkostnader överstiger budgeten med ca 199 mnkr, varav 55 mnkr utgör ersättning för utbetald medarbetarbonus, 26 mnkr ersättning för återhämtningsdagar för personalen, 24 mnkr bidrag för kökortningsinsatser, 55 mnkr ersättning för insatser för förbättrad tillgänglighet och 35 mnkr bidrag för att öka vårdplatskapaciteten.

Patientavgifterna inklusive justering för förlorade intäkter (1 mnkr) överstiger budgeten med 20 mnkr, vilket beror på ett högre antal patienter än budgeterat. Intäkterna för sålda primära tjänster, justerade för förlorade intäkter inom ortopedi och BUM⁶ (15 mnkr), är 37 mnkr högre än budget.

⁴ 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

⁵ 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.

⁶ Barn- och ungdomsmottagning

Detta är en kombination av högre intäkter för utomlänsvård och lägre intäkter inom framför allt vårdval höft/knä. Intäkterna från försäljning av övriga tjänster avviker positivt från budget med 29 mnkr, vilket till största del (22 mnkr) beror på intäkter från Karolinska universitetssjukhuset avseende IVA-övriga vårdtjänster m.m. och ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden avseende standardiserade vårsförlopp inom cancervården.

Övriga intäkter överstiger budgeten med 58 mnkr, vilket till största del beror på högre intäkter för externa projekt (8 mnkr), återbäring av läkemedel (10 mnkr), arbetsmiljöinsatser (15 mnkr), extra medel för chefsutveckling (3 mnkr) och medel för ST-AT utbildning (13 mnkr). Resten av avvikelsen beror på flera mindre sådana.

Kostnader

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 6 535 mnkr, vilket är 823 mnkr (ca 14,4 procent) högre än budgeterat. Dessa innehåller coronarelaterade merkostnader på 157 mnkr som fördelas på flera kostnadsslag, men merparten avser bemanningskostnader. Bemanningskostnaderna innehåller också ökade kostnader för PO-pålägg motsvarande 77 mnkr. Exklusive coronarelaterade merkostnader och ökat PO-pålägg är den justerade avvikelsen 589 mnkr högre än budget. Nedanstående analys utgår ifrån posterna exklusive coronarelaterade merkostnader.

Av den justerade budgetavvikelsen är 509 mnkr hänförligt till bemanningskostnader, varav 144 mnkr avser kostnader för inhyrd personal. Sjukhusets arbete med att hålla nere kostnaderna för inhyrd personal innebär att ingen budget finns för detta. Men p.g.a. bristen på sjuksköterskor⁷, 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 365 mnkr hänförs till högre lönekostnader med tillhörande sociala avgifter p.g.a. fler helårsarbetare och högre övertids- samt jour och beredskapsersättning. Detta till följd av den höga korttidsfrånvaron bland personal under året.

Materialkostnaderna justerade för covidmerkostnader är 81 mnkr högre än budget. Samtliga verksamheter har ökade kostnader för material, men det gäller främst akuten, anestesi, kirurgi, urologi och internmedicin.

I övrigt finns det mindre avvikelser mot budget, både positiva och negativa i samtliga kostnadsposter som sammantaget inte har en väsentlig påverkan på resultatet.

Styrelsen beslutade i samband med verksamhetsplanen 2022 om ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans motsvarande 105 mnkr. Vid årets slut har 68 mnkr (ca 65 procent) i vidtagna åtgärder realiserats.

⁷ Framför allt i verksamheterna internmedicin, akuten och specialistvård

De flesta åtgärderna har vidtagits inom personalområdet, dock inte i den utsträckning som det planerades, av samma skäl som bemanningskostnaderna ökat enligt ovan, se även avsnitt 2.1.

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

2.1.3 Investeringar

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

Årets investeringar uppgår till 98,3 mnkr, att jämföra med budget på 218 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 45 procent. Budgetavvikelsen beror på försenade leveranser och lokalanpassningar som inte gått enligt tidplan. Nyinvesteringar har genomförts i enlighet med budget, medan avvikelserna rör ersättningsinvesteringarna. Sjukhuset anger i sin verksamhetsberättelse att det sedan länge har funnits ett uppdämt behov av investeringar i verksamheten för att kunna fortsätta bedriva vårduppdraget.

I årsrapport för 2021 lämnade revisionen en rekommendation till sjukhusstyrelsen om att ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser för hur investeringar ska kunna genomföras för att klara vårduppdraget och nå en ekonomi i balans såväl på kort som lång sikt. Revisionen konstaterar att sjukhuset arbetar med konsekvensanalyser inför varje investeringsbeslut och tar hänsyn till den totala ekonomiska bilden. Sjukhusledningen anger att inför investeringsbeslut tas alltid hänsyn till de mest prioriterade investeringsbehoven som gör att vårduppdraget fortlöper och att patientsäkerheten är i fokus.

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 216 mnkr. Den negativa resultatavvikelsen i förhållande till sjukhusets omsättning är 3,3 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 65 procent av planerade effekter av åtgärderna för en ekonomi i balans.

Revisionen konstaterar att investeringstakten även i år, likt tidigare år, har varit lägre än planerat främst till följd av försenade leveranser och lokalanpassningar. Vidare bedömer revisionen att fullmäktiges mål om hållbara investeringar är uppfyllt. Revisionen bedömer även att rekommendationen om att ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser för hur investeringar ska kunna genomföras är åtgärdad.

Revisionen bedömer att det ekonomiska resultatet inte är helt tillfredsställande.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Fullmäktiges mål och indikatorer

Sjukhuset har arbetat kontinuerligt under året för att minska den köställda vården orsakat av pandemin. Målnivåerna för tillgängligheten när det gäller behandling och nybesök uppnås. Däremot har tillgängligheten på akuten svårigheter att uppnå fullmäktiges målvärden, se även avsnitt 2.2.2.

Sjukhuset berörs av 11 av fullmäktiges mål, vilka mäts med sammanlagt 30 indikatorer. Utifrån regionens modell för bedömning av måluppfyllelse konstaterar revisionen att åtta av fullmäktiges mål är uppfyllda, ett mål är delvis uppfyllt och två mål uppfylls inte. Nedan följer en kort genomgång av de mål som inte uppnås eller uppnås delvis.

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

Målet mäts med två indikatorer, varav den ena uppfylls och den andra inte. Detta medför att målet som helhet bedöms delvis uppfyllt. Indikatorn *andel genomförda sociala folkhälsokonsekvensanalyser* uppfylls inte. Folkhälsoanalyser har inte genomförts eftersom sjukhuset inte haft möjlighet att bedriva utbildning och utvecklingsarbeten under första delen av 2022 med anledning av pandemin.

Hög innovations- och digitaliseringsgrad (uppfylls inte)

Målet mäts med tre indikatorer, varav två inte uppfylls. Detta medför att målet som helhet bedöms inte uppfyllas.

Utfallet för indikatorn *innovationsgrad* (3) är nära målet (≥ 4), men uppfylls inte helt. Styrelsen anger i sin verksamhetsberättelse att sjukhuset har ett aktivt systematiskt innovationsarbete och att flera innovationsprojekt har startats, som t.ex. förbättrat patientbemötande genom Empatigymmet samt förbättrad patientupplevelse på vuxenakuten och barnakuten. Utifrån verksamhetens behov och en omvärldsanalys har det tagits fram en färdplan för digitalisering som har reviderats och därefter kommunicerats.

Indikatorn *grad av digital mognad* är inte uppfylld. Regionens enkätundersökning mätning av digital mognad visade ett resultat på 33 procent vilket är lägre än målet på 52 procent. En delorsak kan förklaras av att sjukhuset valde att bredda respondentgruppen till att inkludera fler medarbetare med större representation av verksamheterna. Ytterligare en delorsak är att planerade digitala initiativ förskjutits på grund av pandemin. Under kommande år genomförs därför en plan för att både öka digital mognad samt medvetenhet om pågående och planerade digitala initiativ.

Region Stockholm- attraktiv arbetsgivare (uppfylls inte)

Målet mäts via sju indikatorer varav fem inte uppfylls. Flera indikatorer som inte uppfylls är kopplade till frågor i årets medarbetarenkät som *motivation*, *styrning* och *ledarskap*. De två resterande indikatorerna som inte uppfylls är *sjukfrånvaro* och *personalomsättning*. Resultaten har påverkats negativt av coronapandemin, då medarbetare och chefer har haft en hög belastning. Dessutom har sjukhuset arbetat med att hantera köställd vård. Fortsatt fokus för 2023 kommer att vara att stödja arbetsmiljöarbetet och utbilda ledarskapet.

Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid uppgår till 7,3 procent och ligger över målvärdet på 6,2 procent. Fortsatt aktivt arbete med att minska sjukfrånvaron fortsätter under år 2023, och är en prioriterad fråga.

Personalomsättning redovisas ackumulerat under kalenderåret och uppgår för tillsvidareanställda medarbetare till 13 procent och ligger över målet (8 procent). Aktiviteter för att behålla och utveckla medarbetare är fortsatt högt prioriterade. Exempelvis genomförs löpande rekryteringsaktiviteter, implementering av de regiongemensamma kompetensstegar för olika yrkesgrupper samt att det erbjuds utbildningslön för vidareutbildning till specialistsjuksköterska. Se även avsnitt 3.2.

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

2.2.2 Uppdrag från fullmäktige

Sjukhuset har under året haft två uppdrag varav det ena är genomfört. Det andra uppdraget som handlar om att under 2022 genomföra åtgärder som säkerställer att den genomsnittliga väntetiden på akutmottagningen minskar, har inte genomförts och har status; pågående med avvikelse. Styrelsen befäradade redan i samband med delårsrapport 2022 att det fanns risk för att detta uppdrag inte skulle kunna genomföras under året p.g.a. den rådande bemanningssituationen på akuten samt svårigheten att skriva ut geriatrikpatienter. På grund av dessa anledningar har de åtgärder som ledningen har vidtagit under året, men även under tidigare år, inte gett den önskade effekten. Det visar även måluppfyllelsen för tillgänglighetsindikatorerna som avser akutverksamheten.

2.2.3 Vårdproduktion

Öppenvårdsbesöken är 28 790 (4,8 procent) färre än budgeterat. De planerade besöken står för cirka 71 procent av den totala avvikelsen och är 20 527 färre än budgeterat. Den planerade öppenvården har fortsatt påverkats av pandemin även om många kliniker har tagit emot fler besök än 2021. De akuta öppenvårdsbesöken är 8 263 färre än budgeterat och står för 29 procent av den totala avvikelsen. Akut öppenvård tas främst emot på akutmottagningen för vuxna, gynakuten, ögonakuten och på Sachsskas barnakut.

Slutenvårdstillfällena är totalt 3 503 (6,7 procent) färre än budgeterat. De akuta slutenvårdstillfällena är 1 734 färre än budget. De planerade slutenvårdstillfällena är 1 769 färre än budget. Minskningen av den planerade vården beror på det ansträngda vårdplatsläget.

Antal vårdplatser har i snitt varit 562 under året inklusive intensivvårdsplatser vilket är 32 vårdplatser färre än budget. I slutet av december hade sjukhuset 24 intensivvårdsplatser vilket kan jämföras med 16 innan pandemin bröt ut. Det finns beredskap att höja kapaciteten på IVA vid behov. Sjukhuset uppger att under 2022 har 2 544 patienter vårdats med bekräftat coronavirus jämfört med 2 621 patienter under 2021.

Sjukhuset har producerat cirka 98,2 procent av avtalad målvolym i DRG-poäng. För 2022 har produktiviteten (poäng/justerad totalkostnad) i fasta priser minskat med 10 procent jämfört med 2021. I förhållande till 2021 är det en minskning i produktivitet vilket beror på kostnadsökningar.

2.2.4 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer utifrån regionens modell för bedömning av måluppfyllelse att de verksamhetsmässiga målen i huvudsak har uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft fortsatt påverkan på styrelsens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet, både när det gäller produktion och uppdraget om förbättring av väntetider på akuten.

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, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin, är i huvudsak tillfredsställande.

3 Intern styrning och kontroll

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

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Bolaget har i delrapporten för 2022 prognostiserat årets resultat justerat för coronarelaterade poster⁸ till -207 mnkr. Efter justering för coronarelaterade poster blev utfallet -278 mnkr.

⁸ Merkostnader och ersättning för dessa samt förlorade intäkter

I slutet av året beslutade regionledningskontoret att nämnder och styrelser även ska exkludera ökning av personalomkostnader på löne- och semester-skulden, vilket för Södersjukhuset motsvarar ca 77 mnkr. Efter denna justering avviker inte utfallet avsevärt mot delårsprognosen.

Sjukhuset har haft ett negativt justerat resultat sedan 2018 med ett mindre trendbrott år 2020. Pandemin har haft en kraftig påverkan på ekonomin vilket lett till att det negativa resultatet blivit större. Enligt styrelsens verksamhetsberättelse behövs åtgärder motsvarande 300 mnkr för att sjukhuset ska uppnå resultatkravet. Givet de utmaningar som sjukhuset har att hålla vårdplatser öppna och öka produktionen för att hantera den köställda vården, beslutade styrelsen i samband med verksamhetsplan 2022 att vidta åtgärder motsvarande 105 mnkr, av vilka 68 mnkr (65 procent) realiserades.

Styrelsen har löpande följt utvecklingen av både ekonomi och verksamhet under året, inklusive uppföljningen av beslutade åtgärder. Uppföljningen av verksamhet har inkluderat både produktion, kvalitet och måluppfyllelse. Styrelsen har haft särskild fokus på uppföljningen av den köställda vården samt bemanningsfrågor och vidtagna åtgärder med anledning av detta. Styrelseordföranden har under året haft täta avstämningar med sjukhusledningen, veckovisa sådana under perioder då covidläget har varit som mest intensivt.

I samband med årsrapport 2021 lämnade revisionen en rekommendation till styrelsen om att ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser för hur planerade kostnadsreducerande åtgärder inom personalområdet påverkar möjligheterna för sjukhusets att genomföra sitt vårduppdrag. Denna rekommendation grundade sig på ett förslag till styrelsen om att skära ner på personalen med ca 375 anställda för att kunna minska kostnaderna och uppnå en ekonomi i balans. Revisionen konstaterar att åtgärden inom personalområdet inte realiserades och inte en konsekvensanalys är därmed inte längre aktuell. Rekommendationen tas därmed bort.

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 haft en stor påverkan på sjukhusets ekonomi och verksamhet. Styrelsen bör dock arbeta för att hitta anpassade åtgärder utifrån den rådande situationen för att uppnå fullmäktiges ekonomiska och verksamhetsmässiga mål och uppdrag framöver.

3.2 Styrning av kompetensförsörjning

Södersjukhusets bemanningssituation har åtminstone de senaste fem åren varit ansträngd vad gäller sjuksköterskor, framför allt inom 24/7-verksamhet. Det gäller särskilt barnmorskor och specialistsjuksköterskor som anestesioch operationssjuksköterskor och även röntgensjuksköterskor.

En del verksamheter har även svårt att rekrytera specialistläkare inom t.ex. radiologi, allergologi 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 kvinnokliniken.

Pandemins påverkan på bemanningen och kompetensförsörjningen

Pandemin har haft en stor påverkan på ekonomi och verksamhet, inte minst på kompetensförsörjningen. Sjukhuset tvingades att allokera om personal så att de enbart arbetade med vård av covidsjuka patienter. Vidare ökade behovet av inhyrd personal för att täcka för den frånvaro som orsakades av pandemin. Däremot gick personalomsättningen ner under pandemiåren, vilket enligt sjukhuset berodde på att fokus var att klara av den ansträngda situationen i stället för att söka sig vidare till andra arbeten. Pandemin ledde dock till nya arbetssätt och 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 regionens sjukhus 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. Rörligheten bland framför allt sjuksköterskor beror till stor del på att det finns en bredare marknad än regionens sjukhus. Framför allt så är det bemanningsföretagen dit sjuksköterskor går, som konkurrerar med helt andra löner och attraktiva arbetstider.

Ett allmänt problem är att sjuksköterskor är ett bristyrke i hela landet och fler behöver utbilda 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. 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. HR-partnern är med vid alla chefsrekryteringar, dock inte alltid i övriga rekryteringar.

Sjukhuset har en central rekryteringsfunktion inom HR-avdelningen som bemannas av en medarbetare. Chefer som behöver rekrytera kan avropa tjänster från den centrala funktionen. Det finns ett förslag från HR-avdelningen om att utöka denna funktion i syfte att avlasta första linjens chefer men även säkerställa hastighet och kvalitet i rekryteringsprocessen.

Kompetensförsörjningsprocessen

Södersjukhuset har en kompetensförsörjningsprocess som bygger på SIS standard⁹ med samma namn. Sjukhuset har också ett årshjul för kompetensplanering som innehåller samma steg som kompetensförsörjningsprocessen, se nedan.

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, dvs. 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 saknar erfarenhet och inledningsvis kräver en hel del handledning vilket tar resurser i anspråk. Däremot är det svårare att rekrytera akutsjuksköterskor. På internmedicin råder det brist på neurologer. Vid granskningens tidpunkt kunde internmedicin hålla alla vårdplatser öppna, men en regelbunden rekrytering är nödvändig. På kvinnokliniken saknas kompetens i form av barnmorskor, operationssjuksköterskor, seniora läkare (obstetiker) samt erfarna undersköterskor.

Samtliga intervjuade anger att verksamheterna arbetar med schemalaggenheten 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 har framkommit att 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.

⁹ SS 624070:2017 Kompetensförsörjningsprocessen, framtagen av Svenska institutet för standarder (SIS)

Genomförandefasen är det tredje steget i kompetensförsörjningsprocessen. Här handlar det framför allt om att attrahera, behålla och utveckla samt vid behov avsluta/avveckla kompetens/medarbetare. Samtliga verksamhetsområden lyfter utbildning¹⁰ som en stark åtgärd för att både locka nya medarbetare och behålla dem. Det finns 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 på specialistutbildning kan gå vidare till andra uppdrag.

Södersjukhuset har infört karriärmodellen ”regiongemensamma kompetensstegen” och enligt uppgift från HR-avdelningen är ca 80 procent av sjuksköterskorna placerade i kompetensstegen. När det gäller andra yrkeskategorier så har sjukhuset kommit olika långt i placeringen. Även detta ses som ett sätt att både attrahera och behålla personal. Kvinnokliniken anger att de inte använder sig av kompetensstegen på ett systematiskt sätt. Däremot används Heroma Procompetence (KOLL) när cheferna letar efter rätt kompetens inom sjukhuset.

Lön är inte den enda åtgärden att vidta, anger samtliga verksamhetsområden, i synnerhet när sjukhusets ekonomi redan är ansträngd, men sjukhuset ser över lönerna för de olika yrkeskategorierna. Flexibilitet i arbetsschemat 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 är begränsad. Åtgärder för att förbättra arbetsmiljön vidtas på samtliga verksamhetsområden. Kvinnokliniken anger ledarskapsutbildning som ett sätt att förstärka ledarskapet som kan påverka personalens kvarstannande.

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 kan pröva på andra uppgifter. Kompetensväxling ses också som ett sätt 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 åtgärder. Det rimliga resultatet enligt beskrivningen av kompetensförsörjningsprocessen borde vara att åtgärderna har lett till att verksamheter 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.

¹⁰ Både intern och extern utbildning

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.

Bedömning

Revisionen konstaterar att vissa yrkeskategorier är svåra att rekrytera, men att detta är ett nationellt problem och inte bara för Södersjukhuset. 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. Revisionens 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.

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 kompetensförsörjningsprocess.

3.3 Granskning av bisysslor vid Södersjukhuset

Revisionen har granskat om Södersjukhusets 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 Södersjukhuset 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 kontroll¹¹. 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. Dock används inte någon jäv-/sekretessblankett eller liknande vid deltagande i upphandlingar och det sker inte några kontroller av bisysslor/jäv i samband med ny upphandling.

Styrdokument, ansvar och roller

Bisysslor för anställda regleras i flera både regionövergripande och lokala styrdokument. Av de regionövergripande tillämpningsanvisningarna för bisysslor¹² framgår att respektive verksamhet kan ta fram verksamhetsanpassade rutiner för hantering av bisysslor. Södersjukhuset har tagit fram en kompletterande riktlinje¹³ i syfte att specificera hanteringen av bisysslor vid sjukhuset. Vidare har sjukhuset lokala stödande dokument för både medarbetare¹⁴ som beskriver alla steg man ska gå igenom i fall man har en bisyssla att anmäla och för beslutande chefer¹⁵ som beskriver beslutsprocessen efter det att en anmälan har gjorts. Vilka som kan besluta om bisysslor regleras även i sjukhusets beslutsordning 2022.

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 kollektivavtal¹⁶. 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.

¹¹ Riktlinjer för intern kontroll, RS 2019-0866

¹² Tillämpningsanvisningar för bisysslor SLL, LS-2017-1339

¹³ Riktlinjer för bisysslor vid Södersjukhuset 2019

¹⁴ Anmäla en bisyssla, Manual daterat 2019-01-09

¹⁵ Ansvarig bisyssla, daterat 2019-01-08

¹⁶ Allmänna bestämmelser 17, 8§

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. Enligt Södersjukhusets interna riktlinje är det verksamhetsområdes-/verksamhets-/avdelningschefen som efter samråd med närmsta chef beslutar att godkänna en bisyssla eller godkänna den med begränsning. Vad det sistnämnda innebär, framgår inte av den lokala riktlinjen. Det är dock bara vd och HR-direktör som kan besluta om förbud att ha en bisyssla¹⁷. 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 knappt 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

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 1 031 medarbetare och motsvarar ca 22 procent av sjukhusets totala antal anställda¹⁸. Dataanalysen visar att 408 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 12 (30) har angett att de har en bisyssla, men bara hälften har angett samtliga registrerade engagemang som bisysslor, medan hälften har angett någon av de registrerade engagemangen eller andra bisysslor. Vidare visar stickprovsgranskningen att 8 (30) har angett i personalsystemet att de inte har en bisyssla och 9 (30) har överhuvudtaget inte besvarat frågan om bisyssla i personalsystemet.

¹⁷ Södersjukhusets beslutsordning 2022

¹⁸ Källa: Södersjukhusets intranät 2023-02-15 (informationen på intranätet uppdaterat 2022-10-28)

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 nio av de registrerade engagemangen för dessa 30 medarbetare har levererat varor/tjänster till sjukhuset. Stickprov av fakturor för dessa nio engagemang visar att den berörda medarbetaren inte har varit inblandad i attereringen 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 beslutsordning 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 anmäls i Heroma för att kunna göra en fullständig bedömning och därmed öka förutsättningarna att upptäcka otillåtna bisysslor.

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 att bisysslor inkluderas i sjukhusets övergripande riskanalys¹⁹, men även inom ramen för nya upphandlingar. Detta för att kunna minimera riskerna för förekomst av otillåtna bisysslor, i synnerhet förtroendeskadliga sådana.

¹⁹ Den riskanalys som leder till plan för intern kontroll och som ska göras årligen.

Rekommendationer:

- Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor och 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 enligt regelverkets anvisningar.

3.4 Följsamheten till barnkonventionen

Barnkonventionen är lag i Sverige sedan 2020. Lagen ska fungera som det yttersta skyddsnätet för att barn och ungas rättigheter följs när andra lagar inte räcker till. Den tydliggör att barn är egna individer med egna rättigheter och skapar möjligheter och skyldigheter att se till barns rättigheter vid beslut som rör barn. Barnrättigheter tas även upp i hälso- och sjukvårdslagen samt i patientlagen.

Mot bakgrund av detta har revisionen granskat om Södersjukhuset bedriver ett systematiskt arbete för att säkerställa att barnkonventionen efterlevs genom att förebygga, upptäcka och åtgärda eventuella brister utifrån ett barnrätts- och ungdomsperspektiv. Granskningen har utgått ifrån COSO²⁰, ett ramverk för intern styrning och kontroll som bygger på att verksamheten har en god kontrollmiljö²¹, bedriver ett riksinventerings- och riskhanteringsarbete, har kontroller och åtgärder för att både förebygga, upptäcka och åtgärda felaktigheter, har informationskanaler både nedåt och uppåt i organisationen samt följer upp och utvärderar sin verksamhet. Granskningen har genomförts via intervjuer och dokumentstudier.

Kontrollmiljö

Södersjukhuset har i sin ledningsstruktur en kommitté för vårdkvalitet och patientsäkerhet som i sin tur har ett utskott för etik, personcentrerad och jämlik vård. Enligt uppgift ska barnrättsfrågor ingå i detta utskottsarbete, men utskottet har hittills inte hanterat några specifika frågor kring barnrätt.

Enligt uppdragsbeskrivningen för detta utskott ska det ansvara för att bl.a. samordna och utveckla arbetet med processerna samt tillhandahålla metoder, verktyg och kompetens för systematiskt förbättringsarbete inom sitt ansvarsområde. Vidare ska utskottet ansvara för framtagande av sjukhusövergripande riktlinjer och dokument som rör etik, personcentrerad och jämlik vård. Granskningen visar att på sjukhusövergripande nivå finns en riktlinje om hantering av barn som närstående²². Lokalt på Sachsska barn- och

²⁰ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

²¹ Kontrollmiljö är ett samlingsnamn för organisation, styrdokument, ansvar och roller

²² Riktlinje - Barn som närstående, SÖSAB-S-2371520

ungdomssjukhuset (i fortsättningen benämnt Sachsska) finns en handlingsplan utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter. Handlingsplanen är ett dokument som beskriver grundprinciperna i barnkonventionen, organisationsstruktur och ansvars- och rollbeskrivning inom Sachsska avseende barnrättsfrågor, stöd för att säkerställa barns rättigheter i olika processer, m.m. På Sachsska har det tagits fram en checklista för barnrätt som stöd för att arbeta i enlighet med barnkonventionen.

Granskningen visar att det på Södersjukhuset finns ca 80 barnrättsombud, varav 50 på Sachsska och resten fördelade på olika verksamhetsområden. Inom Sachsska finns en barnrättsamordnare, medan den rollen inte finns på sjukhusnivå. Barnrättsombudets uppdrag är bl.a. att värna om barnet perspektiv och delaktighet, bevaka att barnkonventionen efterlevs, stödja chef och kollegor samt inspirera kollegor i barnrättsfrågor.

Chefsläkaren som också är ordförande för kommittén för vårdkvalitet och patientsäkerhet är ytterst ansvarig för barnrättsfrågor på sjukhusnivå. Ledningen för respektive verksamhetsområde ansvarar för att barnkonventionen efterlevs inom sitt verksamhetsområde. Chefer med personalansvar ansvarar för att ge medarbetare förutsättningar att kunna tillämpa barns och ungas rättigheter. Medarbetare som har den närmsta kontakten med barn och ungdomar ansvarar för att barnkonventionen omsätts i det dagliga arbetet.

Riskinventering och riskhantering

Granskningen visar att den sjukhusövergripande riskanalysen som leder till plan för intern kontroll och som beslutas av styrelsen, innehåller inga risker som rör barnrättsfrågor.

Däremot visar granskningen att det görs barnrättskonsekvensanalyser vid större verksamhetsförändringar, mest på Sachsska men även i andra delar av sjukhuset, exempelvis när Rosenlunds närsjukhus skulle flytta in i Södersjukhusets lokaler.

Kontrollåtgärder

Det förebyggande arbetet sker genom utbildning och av Sachsska framtagen checklista i fickstorlek.

Regionen har sedan åtta år tillbaka gett Sachsskas barnrättsamordnare i uppdrag att utbilda de ca 200 barnrättsombud som finns inom regionen. Denna utbildning genomförs en till två gånger per år och alla professioner kan anmäla sig. Sachsskas barnrättsamordnare anordnar föreläsningar för Sachsskas ledning med jämna mellanrum. På sjukhusets intranät påpekas att fler personer inom vuxenvården behöver gå på barnrättsutbildningen då barnperspektivet ska genomsyra alla delar av sjukhuset, inte bara Sachsska.

Sjukhuset använder systemet Händelsevis för registrering av vårdavvikelser. Enligt uppgift är det ytterst sällan det kommer några avvikelser som rör barnrätt. Åtgärder vidtas i förekommande fall.

Information och kommunikation

Inom Sachsska ges information via intranätet, Barnrättnytt, som tar upp arbetet som bedrivs på Sachsska inom barnrätt, eventuella nyheter och tips på utbildningar. Den bästa kanalen för att informera uppåt i organisationer är barnrättsombuden. Information ges även på de ovannämnda utbildningarna. Inom Sachsska finns en stående punkt om barnrättsfrågor på arbetsplatsträffar. På avdelningsmöten och arbetsplatsträffar presenteras alltid barnrättskonsekvensanalyser och de publiceras även på intranätet.

Uppföljning och utvärdering

I regel ska handlingsplaner och vidtagna åtgärder utifrån barnrättskonsekvensanalyser följas upp och utvärderas. Av intervjuerna framgår att så inte alltid är fallet och att det efterfrågas fler utvärderingar. Inom Sachsska pågår olika projekt för att kunna se att barnkonventionen efterlevs. Exempelvis genomfördes en enkätundersökning under våren för att samla kunskap om vilken information som ges till barn och ungdomar innan de kallas till Södersjukhuset. Vidare finns det riktlinjer med avseende på barnrätt för varje procedur inom Sachsska. Det kan handla om hur man ska planera för att barnen ska ha en så bra upplevelse som möjligt på Sachsska eller att skicka bildkallelse i stället för vanlig kallelse till barn med funktionsnedsättning eller att säkerställa behovet av tolk så att inte äldre syskon eller släktingar agerar som tolk. Riktlinjerna publiceras på intranätet.

Bedömning

Revisionen bedömer att det bedrivs ett systematiskt barnrättsarbete inom Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, men att detta arbete inte genomsyrar hela Södersjukhuset. Barnrättsarbetet kräver kontinuerlig utveckling och ska vara närvarande i de ordinarie processerna. Sjukhusledningen behöver koordinera barnrättsarbetet så att det genomsyrar hela sjukhuset.

Trots att Sachsskas barnrättssamordnare har ett utbildningsuppdrag för samtliga barnrättsombud, ingår det inte i uppdraget att vara samordnare för hela sjukhuset. Även om Sachsska tar emot flest barn och ungdomar som söker vård på Södersjukhuset, så kommer även andra verksamhetsområden i kontakt med barn, antingen som patienter eller närstående. Revisionen ser positivt på att det finns en sjukhusövergripande riktlinje som hanterar perspektivet barn som närstående, men anser att det bör upprättas en sjukhusövergripande riktlinje som täcker hela barnrättsperspektivet utifrån barnkonventionen.

Rekommendationer

- Sjukhusledningen bör säkerställa att koordineringen av barnrättsarbetet genomsyrar hela sjukhuset.
- Sjukhusledningen bör upprätta en sjukhusövergripande riktlinje som utgår från barnkonventionen och täcker hela barnrättsperspektivet.

3.5 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 förtroendeskadliga sådana. Mot bakgrund av ovan har en granskning gjorts av arbetet med informationssäkerhet på Södersjukhuset. Syftet med granskningen har varit att bedöma om Södersjukhuset har ett systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar samtliga verksamhetsnivåer och utgår från styrelsen.

Hälften av sjukhusets verksamhetsområden har ingått i granskningen; internmedicin, specialistvård, akutsjukvård, SIMS och FoUUI. Granskningen har utförts genom intervjuer med verksamhetsområdeschefer och informationssäkerhetsombud, stabschefen, utvecklings- och teknikdirektören samt informationssäkerhetssamordnare.

Ansvar och roller för informationssäkerhet

Granskningen visar att ansvar och roller beslutas efter sjukhusets delegationsordning och ytterst är styrelsen ansvarig för informationssäkerhet. Verksamhetsområdeschefen ansvarar för informationssäkerheten i sitt område och utser informationssäkerhetsombud.

Vidare visar granskningen att informationssäkerhetssamordnarens ansvar bland annat inbegriper att utforma förslag till styrdokument, handlingsplan, att sprida kunskap och samordna det gemensamma informationssäkerhetsarbetet. På sjukhuset finns även ett dataskyddsombud som involveras vid personuppgiftsrelaterade incidenter.

Granskningen visar att det finns tydliga, dokumenterade och för verksamheten kända ansvar och roller för informationssäkerhet inom sjukhuset.

Risikanalyser

Revisionen noterar att riskanalyser avseende informationssäkerhet görs i samband med upphandling av nya system. Befintliga system ses över och det säkerställs att de är uppdaterade. Samtliga aktiva system som används på sjukhuset dokumenteras i en applikationskatalog där det framgår vilken informationsklassificering systemet har och vem som är ägaren.

Granskningen visar att det finns rutiner för riskanalyser avseende informationssäkerhet och att det pågår ett arbete med att genomföra informationsklassificering av systemen enligt nya instruktioner.

Information

Revisionen noterar att det framgår i applikationskatalogen att det finns en systemägare i form av en chef.

För de system som förvaltas av sjukhuset finns även en objektägare. I intervjuerna framgår det att det är tydligt vem som äger informationen.

Utbildning i informationssäkerhet

Granskningen visar att vid senaste uppföljningen 2022 har 68 procent av alla anställda i de olika verksamhetsområdena genomfört DISA- utbildningen och 83 procent av alla anställda i staberna. Utbildningen är obligatorisk men krävs inte för att kunna börja arbeta eller få ut ett e-tjänstekort. Det saknas krav på att utbildning i informationssäkerhet ska genomföras regelbundet. Vidare visar granskningen att det ingår en utbildning i informationssäkerhet för nya chefer men att det inte är ett krav för att börja arbeta.

Granskningen visar att det finns förbättringsmöjligheter kopplat till kontinuerlig fortbildning där det i dagsläget saknas krav på att regelbundet genomgå formell utbildning i informationssäkerhet.

Förbättringsarbete

Granskningen visar att det behövs mer information om att avvikelser relaterade till informationssäkerhet ska rapporteras i systemet ADIS och inte i Händelsevis. Det framgår i intervjuerna att systemet ännu inte är fullt i bruk i alla verksamheter. Mer allvarliga informationssäkerhetsrelaterade incidenter rapporteras inte i ADIS vilket gör att det saknas en samlad bild och hanteeringsplan. Granskningen visar att det finns förbättringsmöjligheter avseende användning av ADIS för rapportering av informationssäkerhetsrelaterade avvikelser.

Incidenthantering

Revisionen noterar att totalt 68 avvikelser relaterade till informationssäkerhet och personuppgifter har rapporterats i systemet ADIS. Vidare visar granskningen att det varierar i antal avvikelser mellan de olika verksamheterna. En förklaring till den stora variationen i rapporterade avvikelser är att ADIS är relativt nytt och därmed är det systematiska rapportandet inte förankrat i samtliga verksamhetsområden. Utifrån granskningen kan systematisk uppföljning av avvikelshantering stärkas.

Bedömning

Revisionen bedömer att det finns tydliga, dokumenterade och för verksamheten kända ansvar och roller för informationssäkerhet inom sjukhuset. Vidare finns rutiner för riskanalyser avseende informationssäkerhet och revisionen noterar och det pågår ett arbete med att genomföra informationsklassificering av systemen enligt nya instruktioner. I intervjuerna framgår att det för de system som förvaltas av sjukhuset är tydligt att det finns en objektägare och vem som äger informationen.

Revisionen bedömer att det finns förbättringsmöjligheter kopplat till kontinuerlig fortbildning där det i dagsläget saknas krav på att regelbundet genomgå formell utbildning i informationssäkerhet.

Vidare bedömer revisionen att det finns förbättringsmöjligheter avseende användning av ADIS för rapportering av informationssäkerhetsrelaterade avvikelser. En förklaring till den stora variationen mellan verksamheter är att ADIS är relativt nytt och därmed är det systematiska rapportandet inte förankrad i samtliga verksamhetsområden. Revisionen bedömer att systematisk uppföljning av avvikelshantering kan stärkas.

Rekommendationer

- Sjukhusledningen bör säkerställa att alla anställda får en regelbunden och formell fortbildning inom informationssäkerhet.
- Sjukhusledningen bör i implementeringen av ADIS genomföra utbildning i systemet för alla anställda, för att säkerställa att det är känt i alla verksamheter hur och var avvikelser gällande informationssäkerhet ska rapporteras.
- Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga ärenden i ADIS innehåller all obligatorisk information samt att ärenden alltid avslutas i ADIS när de är färdighanterade.

3.6 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 Södersjukhuset AB säkerställer följsamhet till NIS-lagen.²³

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 krav²⁴. Det finns en lista över vilka verksamheter inom sjukhuset som bedriver samhällsviktiga tjänster.

Systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete

Utgångspunkten för säkra nätverk och informationssystem är systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete.

²³ Motsvarande granskning finns i årsrapport 2023 för Karolinska universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB.

²⁴ Enligt 23 § lag 2018:1174 ska leverantörer av samhällsviktiga tjänster utan dröjsmål anmäla sig till tillsynsmyndigheten.

Södersjukhuset bedriver informationssäkerhetsarbetet med stöd av regionens ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Regionens ledningssystem tar inte specifikt upp NIS-lagen, men i fullmäktiges riktlinjer för informationssäkerhet finns uppmaning om att komplettera med lokalt anpassade riktlinjer för att täcka eventuella gap.

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. Sjukhuset genomför en årlig riskanalys och åtgärdsplan med säkerhetsåtgärder som dokumenteras, vilket är en del av internkontrollen. Det genomförs även en årlig riskanalys med informationssäkerhetsombuden från verksamhetsområdena inom sjukhuset. I samband med ledningens genomgång rapporterar informationssäkerhetssamordnaren 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.

Sjukhuset genomför systematiskt riskanalyser av informationssystem och digitala tjänster både på systemnivå samt på sjukhusövergripande nivå. För system med bäring på leverans av samhällsviktiga tjänster genomförs en dokumenterad riskanalys varje år och beslut om analysen tas i ett forum bestående av chefsläkare, IT-chef och verksamhetsområdeschefer.

Informationssäkerhetskrav finns med i anskaffningsprocessen för IT-utrustning. Anskaffningsprocessen stöds av styrande dokument som bl.a. Investeringsanvisningar Södersjukhuset (reviderad 2022) och en vägledning²⁵ Säkerställande av krav för informationssäkerhet.

Säkerhet i system bedöms utifrån gap²⁶-analys enligt regionens compliance-process. Gap-analysen följs upp med riskanalys och åtgärdsplaner. Varje risk värderas och poängsätts. En riskägare utses till varje risk som blir ansvarig att utreda vidare vad för riskminskande åtgärder som behövs. Systemägare och informationsägare är ansvariga för att granskning av IT-säkerheten genomförs tertialvis.

Roller och ansvar

Granskningen visar att det på central nivå i region Stockholm finns styrdokument med en roll- och ansvarsbeskrivning där ledningens och övriga organisationers ansvar avseende informationssäkerhetsarbetet beskrivs, inklusive

²⁵ Vägledningen är upprättad av regionledningskontoret 2017.

²⁶ Ett sätt att undersöka vad skillnaden är mellan nuläge och ett specifikt mål i ett projekt. Man analyserar alltså gapet (engelska: the gap) mellan nuvarande situation och var man vill vara.

NIS. Alla medarbetare ska genomföra regionens obligatoriska webb-utbildning i informationssäkerhet (DISA). Chefer får dessutom fördjupad utbildning i informationssäkerhet. Utvärdering av DISA-utbildningen sker på regional nivå för att säkerställa att utbildning hålls relevant.

Ansvarsfördelning gällande fastighetssystem; hissar; ventilation; inpasseringssystem m.m. är delat mellan Locum och Södersjukhuset.

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. MSBFS 2018:9 föreskrifter och allmänna råd om rapportering av incidenter för leverantörer av samhällsviktiga tjänster anger att inom sex timmar från det att leverantören har identifierat att en incident är rapporteringspliktig ska leverantören rapportera skede 1, inom 24 timmar skede 2.

Incidenter i IT-system och infrastruktur hanteras enligt ordinarie incidenthanteringsprocess. Det finns styrande dokument och dokumenterade riktlinjer som stöttar incidenthanteringen. Vidare håller dessa rutiner på att implementeras i IT incidentfunktionen för IT-relaterade avvikelser. Försök har gjorts för att alla uppkomna incidenter ska rapporteras till SPOC. Det händer att incidenter anmäls en annan väg, t.ex. att en chefsläkare eller chef i beredskap blir kontaktad i stället för SPOC.

Sjukhuset har nyligen uppdaterat funktionen Chefsläkare i beredskap till att även täcka NIS-incidenter. Dokumentet NIS-incidenter för chefsläkare, innehåller kriterier för en NIS-incident, beskrivning av chefsläkarens roll i händelse av en NIS-incident samt tydliggörande av att det är incidentfunktionen som upprättar NIS-anmälan. Dessa rutiner håller på att implementeras i en särskild IT incidentfunktionen för IT-relaterade avvikelser på sjukhuset.

MSB har möjliggjort digital anmälan och ökat antalet för vem som kan anmäla en NIS-incident. Detta har inneburit att sjukhuset har behövt se över sina rutiner för incidenthantering som planeras vara klara till årsskiftet samt att medarbetarna ska utbildas i de nya rutinerna.

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 uppfattar 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 Södersjukhuset och övriga akutsjukhus på att det finns ett behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden och samverkansformer.

Regionledningskontorets avdelning strategisk IT har en särskild funktion (CERT²⁷), som hanterar en stor del av monitoreringen för nätverken i region Stockholm. SF IT övervakar tillgänglighet och funktionalitet till sjukhusets nätverk. I händelse av en nätverksincident kontakter CERT-funktionen sjukhusets SPOC²⁸ som eskalerar incidenten vidare. Vid avvikelser kontakter CERT även informationssäkerhetsansvarig. Dokumenterad kontaktväg mellan sjukhuset och CERT-funktionen finns. Återkommande tester av IT-system genomförs med hjälp av CERT. De granskar brandväggsloggar, samt genomför regelbundna sårbarhetsskanningar och analyser. Sjukhuset får regelbundet rapporter om sårbarheter från CERT:en.

Enligt NIS-lagstiftningen ska verksamheten säkerställa kontinuitet i samhällskritiska system vid olika typer av incidenter. Sjukhuset identifierar behov av kontinuitet utifrån hur verksamhetskritiskt ett system eller en informationsmängd är. Förmågan att upprätthålla kontinuitet testas regelbundet och även reservrutiner testas. Utvärdering av rutiner sker efter genomförande av planerade underhåll. Tester av återläsning av data från back-up sker efter behov. För de kritiska systemen ska de genomföras helst varje år, dock saknas systematik för test av återläsning. Systemägaren bär ansvar för genomförande. För verksamhetskritiska system finns återställningsplaner upprättade. Implementering av RPO²⁹ och RTO³⁰ är två nyckelfaktorer i en effektiv kontinuitetsplan som kommer att genomföras nästa år. Sjukhuset planerar också att tillsätta ett kris- och katastrofombud i samtliga verksamheter med anledning av att stärka robusthet i reservrutiner.

Bedömning

Revisionen bedömer att Södersjukhuset i huvudsak säkerställer att det finns följsamhet till NIS-lagen.

²⁷ Computer Emergency Response Team

²⁸ Single Point of Contact

²⁹ Recovery Point Objective, hur färskt data man kan återläsa

³⁰ Recovery Time Objective, hur lång tid det tar att göra återläsningen

Det är positivt att sjukhuset planerar att stärka robustheten i fråga om att säkerställa kontinuitet, dels genom att tillsätta ett kris- och katastrofombud i samtliga verksamheter, dels genom att införa så kallade RPO och RTO för nästa års analyser.

Granskningen visar att det finns rutiner för anmälan av en NIS-incident. Det finns processer för att utredning av NIS-incidenter genomförs inom ramen för orsaksanalyser. Sjukhuset har en så kallad Single Point Of Contact, vilken är tänkt att fungera som den enda vägen att rapportera incidenter och avvikelser men det händer att incidenter anmäls exempelvis till en chefsläkare i stället, vilket kan tyda på att SPOC:en inte är tillräckligt förankrad inom sjukhuset.

Revisionens bedömning är att det finns processer för att ta fram kontinuitetsplaner. Återläsningstester bör ske systematiskt i stället för vid behov för att upprätthålla regelbundenhet. Det är positivt att sjukhuset planerar att stärka robustheten i fråga om att säkerställa kontinuitet, dels genom att tillsätta ett kris- och katastrofombud i samtliga verksamheter, dels genom att införa RPO och RTO för nästa års analyser.

Det finns en obligatorisk informationssäkerhetsutbildning, DISA, vilken alla medarbetare genomför i samband med anställning, men återkommande obligatoriska utbildningar saknas. Chefer får en fördjupad utbildning i informationssäkerhet. Även om all information som riktar sig till medarbetare finns på intranätet är det ingen garanti för att medarbetarna har den tiden som krävs för att tillskansa sig relevant information.

Rekommendationer:

- Sjukhusledningen bör prioritera färdigställandet av processer så att NIS-incidenter rapporteras inom rätt tidsintervall och att funktionen Single Point Of Contact (SPOC) förankras i hela verksamheten som den korrekta vägen för att anmäla incidenter.
- Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetare om informationssäkerhet utifrån identifierade behov och arbetsuppgifter.

3.7 Intern kontroll i externt finansierade projekt

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 finansiärerna 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 finansiärerna.

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 finansiärernas förtroende för verksamheten och i förlängningen även för regionen inte ska påverkas negativt. En tillräcklig intern kontroll behövs även för att förebygga situationer där oegentligheter kan uppstå. Varje projekt ska ge en rättvisande ekonomisk bild.

Mot bakgrund av detta har revisionen granskat om Södersjukhuset AB har en tillräcklig intern kontroll av externt finansierade projekt. I granskningen har revisionen fokuserat på de processer som sjukhuset har avseende projektstyrning och uppföljning samt om de efterföljs. Vidare har revisionen granskat hanteringen av projektmedel vid projektavslut. Granskningen har genomförts via genomgång av styrdokument, projektrelaterat material samt intervjuer.

Efterlevnad av rutiner för externt finansierade projekt

I anvisningsdokument för hantering av externt finansierade projekt inom Region Stockholm framgår att större projekt bör ha en projektplan. Granskningen visar att av tio projekt som granskats på Södersjukhuset har fyra projekt en projektplan. Vidare visar granskningen att det saknas en enhetlig dokumentation avseende externt finansierade projekt.

I intervjuerna framgår att verksamhetsområdescontrollers har en stödjande funktion i arbetet med externt finansierade projekt och att det är projektledarna som ansvarar för projektens genomförande inklusive uppföljning. Det framgår även att controllrar uppfattar att den ekonomiska hanteringen av projekten fungerar väl. Granskningen visar sig dock att verksamhetsområdescontrollrar arbetar på olika sätt med uppföljning samt att de är beroende av att projektledare efterfrågar uppföljning.

Dokumentationen avseende externt finansierade projekt är inte standardiserade och följer inte Region Stockholms anvisningsdokument "Anvisningar för hantering av externt finansierade projekt". Granskningen visar att det inte är storleken på projektets budget som är avgörande för huruvida man har upprättat en projektplan eller inte.

Giltiga avtal till externt finansierade projekt

Revisionen har tagit del av projektavtal för sex av tio granskade projekt (det nationella kvalitetsregistret saknar avtal eftersom det inte är ett regelrätt projekt). Vidare visar granskningen att de sex projektavtalen är beslutade enligt sjukhusets bolagsordning. Av de sex projektavtalen är det fyra som är kompletta. De övriga två saknar information avseende projektets syfte respektive projektets tidsramar. Sammanfattningsvis är det fyra projekt som har ett avtal som innehåller syfte, tidsramar och specificering av krav samt är beslutade enligt sjukhusets bolagsordning.

Projektuppföljning

Granskningen visar att projekten inte följs upp på ett standardiserat sätt och inte med en standardiserad periodicitet för att säkerställa full kostnadstäckning vid alla tidpunkter. Granskningen bygger på intervjuer i avsaknad av material avseende projektuppföljning eller statusrapporter. Vid intervjuerna har det framkommit att granskning av projektbudget görs av redovisningsenheten vid årsbokslutet och att återkoppling (exempelvis när en projektbudget inte håller) lämnas till projektledare. Det framgår även att verksamhetsområdescontrollrar arbetar på olika sätt med projektuppföljning. I samtliga intervjuer med controllrar framgår att de tar ut ekonomiska transaktionslistor på begäran av projektledare cirka en gång i månaden.

Granskningen visar att arbetet med projektuppföljning skiljer sig åt i de fall det finns en ansvarig forskningssjuksköterska. För de projekt där denna roll finns går kontrollern igenom transaktionslistor för projektet med forskningssjuksköterskan i stället för med projektledaren.

I granskningen har inte framkommit att det görs någon annan form av uppföljning, som till exempel statusrapporter. Det saknas även uppföljning av projektens framdrift i relation till tidplan eller kvalitet.

Södersjukhuset har en central controllerresurs som besitter expertkompetens på området kliniska provningar. Denna resurs stöttar controllrar och projektledare i arbeten med uppföljning för kliniska provningar.

Projektmedel

Granskningen visar att projektkontona inte kan struktureras enligt datumordning vilket gör uppföljningen svår att hantera. I intervjuerna framgår att projektmedel återbetalas till finansären vid eventuellt överskott eller hanteras i enlighet med avtal. Det är dock inte möjligt att verifiera vilket kan bero på att stickprovet innehåller pågående projekt. Controllrar berättar att de avtal som ligger till grund för finansieringen stipulerar hur eventuellt överskott i projekt ska hanteras. För överskott i kliniska provningar framkommer det i intervjuerna att överskott förs över till klinikens FoUUI konto och kan användas till exempelvis utbildning för de ansvariga projektledarna/forskarna.

Kvalitetsregister

Södersjukhuset är Central Personuppgiftsansvarig myndighet (CPUA) och ekonomiskt ansvarig för ett nationellt kvalitetsregister. Nationella kvalitetsregister saknar tidsbegränsning och medel får behållas över flera räkenskapsår. Detta medför att Kvalitetsregister inte är ett projekt, men finansieringen ligger på ett externt projektkonto³¹. Det saknas lämplig kontoform för denna form av finansiering och det är bakgrunden till varför Södersjukhuset har valt att använda ett externt projektkonto för detta uppdrag.

Bedömning

³¹ Projektnummer som börjar med siffran 9.

Revisionens bedömning är att sjukhuset behöver förbättra den interna kontrollen avseende administrationen av externt finansierade projekt. Revisionen konstaterar att det saknas en enhetlig dokumentation för projekten och att den inte följer de riktlinjer som finns på regionnivå för externt finansierade projekt. Den ekonomiska uppföljningen av projekten behöver också göras med regelbundenhet för att säkerställa full kostnadstäckning.

Revisionen konstaterar vidare att majoriteten av projekten saknar projektplan och i närmare hälften av de granskade projekten saknas avtal.

Med anledning av ovanstående bedömer revisionen att sjukhuset bör införa rutiner för att möjliggöra en standardiserad hantering av externt finansierade projekt från initieringsfasen (projektplan med syfte och mål, projektorganisation, tidsplan och budget), till projektfasen (dokumentation och statusrapporter av ekonomi och projektets framskridande) och avslutningsfasen (slutrapport om projektet nådde uppsatta mål och bedrevs med fullkostnadstäckning). Detta för att möjliggöra enhetlig arbetsprocess oavsett till vilket verksamhetsområde projekten hör till.

Sjukhuset bör vidare hitta ett lämpligt sätt att bedriva ett kvalitetsregister utan att redovisningsmässigt hantera det som ett externt projekt.

Rekommendation

- Sjukhusledningen bör säkerställa att avtal mellan Södersjukhuset och alla externa finansiärer finns vid externt finansierade projekt.
- Sjukhusledningen bör upprätta riktlinjer för vad som ska ingå i ett avtal mellan Södersjukhuset AB och externa finansiärer med utgångspunkt i Region Stockholms anvisningsdokument.
- Sjukhusledningen bör definiera vid vilket belopp som ett projekt ska föregås av en projektplan och ta fram en enhetlig mall för projektplan.
- Sjukhusledningen bör upprätta rutiner för att möjliggöra en standardiserad hantering av externt finansierade projekt som täcker projektets initieringsfas, projektfas och avslutningsfas.

3.8 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

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

Den auktoriserade revisorn har granskat bolagets arbete med riskanalys, uppföljning och rapportering av internkontrollplanen och bedömer det som tillfredställande. Bedömningen är att planen för intern kontroll omfattar relevanta områden med direkt bärning på bolagets ekonomi- och verksamhetsstyrning. Vidare har den auktoriserade revisorn granskat ledningsnära kostnader utan iakttagelser.

3.9 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. Med undantag för specifika rekommendationer som löpande tas upp i denna årsrapport, så redovisas uppföljningen av rekommendationer i 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.

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 2023-01-25 lämnat yttrande över delrapporten för 2022. Revisionen önskade särskilt styrelsens yttrande avseende de effektiviseringsåtgärder som har vidtagits under 2022 och kommer att prioriteras för att framöver nå en ekonomi i balans, för en ökad tillgänglighet på akuten samt för hanteringen av köställd vård på grund av pandemin. Styrelsen har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening och redogjort för sina åtgärder.

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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



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

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2022

Södersjukhuset AB

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59594 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa följsamheten till regionens inköpsriktlinjer genom en systematisk och aktiv avtalsuppföljning.	●	Delår 2022 Riktlinjer för avtalsförvaltning anger en strategi för uppföljning av avtal och hur avtalsuppföljningen ska gå till. Dock görs inte uppföljningen på ett systematiskt sätt såsom det framgår av riktlinjerna. Sjukhusledningen anger att arbetet är igång och att uppföljning av vissa strategiska avtal görs redan idag, men det ännu inte finns en systematik i uppföljningen av resten av avtal. Revisionen anser att rekommendationen är delvis åtgärdad och följer utvecklingen i frågan.

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77273 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser av hur investeringar ska kunna genomföras för att klara vårduppdraget och nå en ekonomi i balans såväl på kort som lång sikt.	●	ÅR 2022 Revisionen konstaterar att sjukhuset arbetar med konsekvensanalyser inför varje investeringsbeslut och tar hänsyn till den totala ekonomiska bilden. Sjukhusledningen anger att inför investeringsbeslut tas alltid hänsyn till de mest prioriterade investeringsbehoven som gör att vårduppdraget fortlöper och att patientsäkerheten är i fokus. Rekommendationen anses vara åtgärdad.

Regionrevisorerna

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
30014 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1466	Styrelsen bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	ÅR 2022 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
59591 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i en uppdaterad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	●	ÅR 2022 Uppföljningen visar att Södersjukhuset 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 styrdokumenterna. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
77271 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser av hur planerade kostnadsreducerande åtgärder inom personalområdet påverkar möjligheterna för sjukhusets att genomföra sitt vårduppdrag.	✘	ÅR 2022 Denna rekommendation grundade sig på ett förslag till styrelsen om att skära ner på personalen med ca 375 anställda för att kunna minska kostnaderna och uppnå en ekonomi i balans. Revisionen konstaterar att åtgärden inom personalområdet inte realiserades och inte en konsekvensanalys är därmed inte längre aktuell. Rekommendationen tas därmed bort.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

Södersjukhuset AB

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59595 Från rapport 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta lokala styrdokument som reglerar hur avtalsuppföljningen ska gå till på sjukhuset.	●	Delår 2022 Sjukhusledningen har beslutat om riktlinjer för avtalsförvaltning där det framgår hur avtalsuppföljningen ska gå till, roller och ansvar m.m. Rekommendationen anses vara åtgärdad.

Hållbarhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97482 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att koordineringen av barnrättsarbetet genomsyrar hela sjukhuset.	–	
97483 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta en sjukhusövergripande riktlinje som utgår från barnkonventionen och täcker hela barnrättsperspektivet.	–	

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
37171 Från rapport 2019 Årsrapport	(ERSÄTTER TIDIGARE REKOMMENDATION MED IDNR 29998) Sjukhusledningen bör med viss periodicitet utföra och dokumentera den upptäckande kontrollen som säker-	●	ÅR 2022

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	ställer att en person inte lägger in en inköpsorder i Clockwork, attesterar den och leveransmottar densamma.		Den auktoriserade revisorn konstaterar att den förhindrade kontrollen i Clockwork är ännu ej implementerad. Sjukhuset bör införa rutiner i inköpssystemet Clockwork som förhindrar möjligheten för en person att både lägga in en inköpsorder, attestera och leveransmottar densamma. Rekommendationen är delvis åtgärdad.
77274 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör följa upp chefernas deltagande i obligatoriska arbetsmiljöutbildningar i syfte att säkerställa att alla chefer har tillräckligt med kompetens och förutsättningar att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med AFS 2001:1.	●	ÅR 2022 Ansvaret för denna kontroll ligger på närmsta chef och i förlängningen till verksamhetsområdeschef. Sjukhuset har dock infört en årlig kontroll på övergripande nivå där de följer upp hur många av de nyanställda cheferna har genomgått den introduktionsutbildning som handlar om systematiskt arbetsmiljöarbete och de regiongemensamma utbildningarna inom området. Under 2022 har 41 av 48 nyanställda chefer genomgått introduktionsutbildningen och 18 av 41 de andra regiongemensamma utbildningarna. Revisionen bedömer att det finns kontroller som säkerställer att chefer får den kompetens som behövs inom området. Rekommendationen anses vara åtgärdad.
77275 Från rapport 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.	●	ÅR 2022 Sjukhuset anger att arbetsmiljö är en stående punkt på APT och i samverkansgruppen. Handlingsplaner upprättas vid behov. Verksamhetsområdescheferna följer upp chefernas arbetsmiljöarbete. Av arbetsmiljöårshjulet att avvikelser specifikt ska tas upp i samverkansgrupper och på APT i januari och september. Revisionen konstaterar att rutiner finns på plats, men följsamheten till dem behöver undersökas vidare. Rekommendationen är delvis åtgärdad.
77276 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör genomföra en samlad och dokumenterad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet och rapportera denna till sjukhusstyrelsen i enlighet med	●	ÅR 2022 En uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete har gjorts

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	AFS 2001:1.		av sjukhuset under våren 2022 och en större sådan har genomförts från regionens sida under hösten. Resultatet av den sistnämnda har presenterats för sjukhusledningen, medan sjukhusstyrelsen kommer att få denna information i samband med marsammansträdet. Revisionen har tagit del av presentationen. Rekommendationen anses vara åtgärdad.
97488 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att avtal mellan Södersjukhuset och alla externa finansörer finns vid externt finansierade projekt.	—	
97489 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta riktlinjer för vad som ska ingå i ett avtal mellan Södersjukhuset AB och externa finansörer med utgångspunkt i Region Stockholms anvisningsdokument.	—	
97490 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör definiera vid vilket belopp som ett projekt ska före-gås av en projektplan och ta fram en enhetlig mall för projektplan.	—	
97491 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta rutiner för att möjliggöra en standardiserad hantering av externt finansierade projekt som täcker projektets initieringsfas, projektfas och avslutningsfas.	—	

Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59592 Från rapport 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör revidera den interna riktlinjen för investeringar utifrån regionens övergripande investeringsriktlinje så att den lokala investeringsprocessen överensstämmer med den regionala åtgärdsvals- och investeringsprocess, ändra i beloppsgränserna för när ett investeringsä-	●	Delår 2022 Revisionen konstaterar att sjukhusets interna riktlinjer har uppdaterats och förtydligats. Rekommendationen anses vara åtgärdad.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	rende ska lyftas till regionstyrelsen och vidare till fullmäktige samt specificera vad investeringar av betydande karaktär innebär för att kunna följa upp att utvärdering av effektmål görs.		

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97484 Från rapport 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.)	–	
97485 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör i implementeringen av ADIS genomföra utbildning i systemet för alla anställda, för att säkerställa att det är känt i alla verksamheter hur och var avvikelser gällande informationssäkerhet ska rapporteras.	–	
97486 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga ärenden i ADIS innehåller all obligatorisk information samt att ärenden alltid avslutas i ADIS när de är färdighanterade.	–	
97487 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör prioritera färdigställandet av processer så att NIS-incidenter rapporteras inom rätt tidsintervall och att funktionen Single Point Of Contact (SPOC) förankras i hela verksamheten som den korrekta vägen för att anmäla incidenter.	–	

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97478 Från rapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor och	–	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2022 Årsrapport	vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.		
97479 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	–	
97480 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma enligt regelverkets anvisningar.	–	

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97477 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsprocess.	–	

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Bedömningsmål:

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

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande

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

Inte helt tillfredsställande

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

Otillfredsställande

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

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder¹:

- *Bristande måluppfyllelse – verksamhet*

¹ 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 ansvarsprövningsgrunder²:

- *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.

² 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 ansvarsprövningsgrunden³ ej rättvisande redovisning.

³ God revisionsred 2018



SÖDERSJUKHUSET

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II
Box 222 30
104 22 STOCKHOLM

2023-01-25

Regionrevisorernas delrapport 2022

Styrelsen för Södersjukhuset AB har fått Regionrevisorernas delrapport 2022 och givits möjlighet att yttra sig.

Revisorerna önskar särskilt styrelsens synpunkter gällande 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 på akuten samt hanteringen av köställd vård på grund av pandemin.

Sjukhusets verksamhetsområden ansvarar för att bedriva verksamheten inom budgeterade ramar. I början av året identifierade verksamhetsområdena kostnadsminskande åtgärder om totalt 105 mnkr. Åtgärderna handlar bl a om att minska inhyrning av personal, effektivisera schemaläggning, minska övertid, minska engångsmaterial. Den ekonomiska hemtagningen har försvårats av det höga trycket på vårdplatser, utmanande bemanningssituation, Covid-19 pandemin mm. Totalt har 68 mnkr effektuerats under året.

Sjukhuset har sedan våren 2022 arbetat med sjukhusövergripande åtgärder samt olika strukturåtgärder (samlad operation, samlad akut, hållbar bemanning, översyn av avtal mm) i syfte att hitta områden att effektivisera. Aktiviteterna handlar om förändring av arbetssätt, bemanning, produktivitet, lokalnyttjande, samordning mm i syfte att kunna utföra sjukhusets uppdrag och produktionsvolymerna med lägre kostnader. I det korta perspektivet är det kostnader för inhyrd personal som kan minska men det kräver gemensamma beslut med övriga sjukhus i regionen. Bedömningen är att på längre sikt kan flera av strukturåtgärderna innebära kostnadsminskningar. Under många år kommer sjukhuset att befinna sig i en situation med många omflyttningar av verksamheter på grund av ombyggnationer vilket försvårar möjligheten att effektivisera vissa verksamheter. Sjukhuset fortsätter arbetet med flera av åtgärderna och det kontinuerliga arbetet med minskning av kostnader där det bedöms möjligt. För att få en budget i balans 2023 behöver sjukhuset sänka kostnaderna med ca 450 mnkr. Hanteringen av ett så stort effektiviseringskrav kan inte hanteras av sjukhuset ensamt utan kräver åtgärder i det samlade sjukvårdssystemet. Styrelsen har därför framfört önskan om en gemensam dialog med ägare och beställare.

Sjukhuset har vidtagit många olika åtgärder i syfte att minska vistelsetiden på akutmottagningen (andel med vistelsetid <4 tim på akuten) men det är svårt att nå bestående förbättring. Det är många olika faktorer som påverkar såsom det höga trycket på vårdplatser och utmanande bemanningssituation. Styrelsens bedömning är att sjukhuset behöver akutgeriatriska vårdplatser och bättre samverkan mellan vårdgivare i vårdprocesser inför och under helgerna.



Södersjukhuset AB

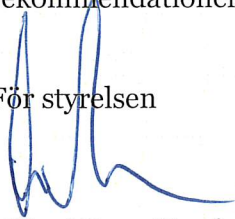
Besöksadress Sjukhusbacken 14 Postadress 118 83 Stockholm Telefon 08-616 10 00 Telefax 08-616 10 20
E-post: fornamn.efternamn@sodersjukhuset.se Styrelsens säte Stockholm Organisationsnummer 55 65 95-7403
SL-Buss 3, 4, 164 Pendeltåg Stockholms Södra

Sjukhuset uppnår målen för tillgänglighet till nybesök inom 30 dagar och behandlingar inom 90 dagar. Sjukhuset har jobbat med kö kortning och antalet väntande har minskat under året och är lägre än före pandemin. Större volymer väntande finns inom ortopedi och avser patienter som kräver sjukhusets kompetens. Styrelsen bedömer att sjukhuset kommer att kunna hantera tillgängligheten och kön av väntande.

Regionrevisorerna har under delåret granskat sjukhusets interna styrning och kontroll utan väsentliga avvikelser. Styrelsen noterar att revisorerna rekommenderar styrelsen att, vid kommande beslutstillfällen, formulera tydliga beslut om att godkänna eller avslå prognostiserade negativa resultatavvikelser i enlighet med regionens riktlinje för ekonomistyrning. Styrelsen ställer sig positiv till revisorernas rekommendation.

För styrelsen är tillräcklig intern kontroll, rättvisande räkenskaper och tillfredsställande ekonomiskt och verksamhetsmässigt utfall viktiga målsättningar. Sjukhuset har arbetat med att införliva revisorernas rekommendationer i den löpande driften och styrelsen kan konstatera att huvuddelen av de tidigare lämnade rekommendationerna är åtgärdade eller på väg att åtgärdas.

För styrelsen



Mikael Runsiö, vd



Södersjukhuset AB

Besöksadress Sjukhusbacken 10 Postadress 118 83 Stockholm Telefon 08-616 10 00 Telefax 08-616 xx xx
E-post fornamn.efternamn@sodersjukhuset.se Styrelsens säte Stockholm Organisationsnummer 55 65 95-7403
SL-Buss 3, 4, 164 Pendeltåg Stockholms Södra