

Årsrapport 2022

Södertälje Sjukhus AB

Södertälje sjukhus AB

Årsrapport 2022
Södertälje Sjukhus AB

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

Hans-Erik Salomonsson
ordförande

Karelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – Södertälje Sjukhus AB

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

Bedömning för år 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

Sjukhusets ekonomi har under året påverkats av den pågående coronapandemin. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -24,3 mnkr.

Fullmäktige har beslutat¹ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår till 46,6 mnkr. Bolaget har även erhållit 39 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 av fullmäktiges beslut, 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 12 mnkr.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till -4,7 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans inte uppnåtts fullt ut, men avvikelsen i förhållande till resultatkravet är marginell och motsvarar endast 0,5 procent av omsättningen. Revisionen bedömer att det ekonomiska resultatet är 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 mindre påverkan på styrelsens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål jämfört med föregående år. Pandemin har dock i hög grad påverkat fullmäktiges mål om attraktiv arbetsgivare.

För de mål som gått att bedöma har målet inte uppnåtts när det gäller *Ett resultat i balans, Hög innovations- och digitaliseringsgrad* samt *Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare*. Att målen inte uppnåtts beror till viss del på pandemin.

Öppenvårdsproduktionen har varit 9,2 procent lägre jämfört med budget och slutenvårdsproduktionen har varit 1,8 procent högre jämfört med budget. Både öppenvårdsproduktionen och slutenvårdsproduktionen är något lägre jämfört med föregående år, -0,8 respektive -0,2 procent.

Produktiviteten är, i likhet med 2020 och 2021, svår att mäta eftersom åren påverkats av pandemin.

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

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

Intern styrning och kontroll

Revisionen har under året granskat sjukhusets arbetet med tillgänglighet och köer, bisysslor, säkerheten i nätverk och informationssystem samt följt upp sjukhusets arbetet med kompetensförsörjning. Granskningarna har lett till några rekommendationer till sjukhusets ledning. Revisionen bedömer dock att styrelsen bör säkerställa att sjukhuset har systematiska processer och formella rutiner som medför spårbarhet när det gäller arbetet med informationssäkerhet och NIS.

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

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1	Årlig granskning	1
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	2
2.1	Ekonomiskt resultat	2
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	5
3	Intern styrning och kontroll	8
3.1	Ekonomistyrning	8
3.2	Uppföljning av sjukhusets arbete med kompetensförsörjning	10
3.3	Sjukhusets arbete med tillgänglighet och köer	11
3.4	Bisysslor	13
3.5	Säkerhet i nätverk och informationssystem	15
3.6	Avrapporterade granskningar i delrapport	20
3.7	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	20
3.8	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	20
4	Räkenskaper	20
4.1	Årsredovisningen	21
4.2	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	21
4.3	Auktoriserade revisorns bedömning	21
	Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till styrelsen	
	Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen	
	Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier	

1 Årlig granskning

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

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

Styrelsen för Södertälje Sjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för akut och planerad somatisk specialistvård. Förlossningsverksamhet ska finnas vid sjukhuset. Verksamheten ska omfatta den vård och de tjänster som i avtal överenskommits med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), ägaren eller andra uppdragsgivare.

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

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

Under granskningsåret har ömsesidig information och samverkan skett mellan bolagets lekmannarevisorer och dess auktoriserade revisor. Lekmannarevisorernas har genomfört ett möte för dialog med representanter för bolagsstyrelsen i december 2022.

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 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	1 628	1 770,7	1687,7
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 1 624	- 1 795,0	-1 706,3
- varav omställningskostnader	-0	-0	-0
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	4	-24,3	-18,6
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	46,6	67,4
Ersättning för täckning av merkostnader*	-	- 39	-67,4
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	12	-
Effekten av förändring av diskonteringsräntan*	-	-	40,9
Justerat resultat	-	-4,7	22,3

Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	22,8	19,7
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-	-
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt	4	-1,4	1,1
Balansomslutning (mnkr)	-	1169	1124
Årsarbetare (antal)	1140	1250	1246

2.1.1 Resultat 2022

Bolagets ekonomi har under 2022 påverkats i mindre utsträckning av den pågående coronapandemin än tidigare år, även om påverkan fortfarande förekommer. Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -24,3 mnkr.

Fullmäktige har beslutat³ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder

³ RS 2021-0062 och RS 2021-0685

och bolag. Dessa poster uppgår sammanlagt till 46,6 mnkr. Bolaget har även erhållit 39 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 12 mnkr.

Styrelsens resultat före bokslutsdispositioner och skatt justerat för dessa poster uppgår till -4,7 mnkr. Detta är -8,7 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav, vilket motsvarar ca 0,5 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans inte uppnåtts fullt ut, men avvikelsen är marginell i förhållande till sjukhusets omsättning.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen erhåller bolaget dessutom ett koncernbidrag på 22,8 mkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -1,4 mnkr.

2.1.2 Jämförelse med budget 2022

Verksamhetens intäkter uppgår till 1 770,7 mnkr, vilket är 143 mnkr (8,8 procent) högre än budgeterat. Erhållna bidrag överstiger budgeten med ca 80 mnkr, vilket bland annat beror på att sjukhuset fått 59 mnkr i ersättning för coronarelaterade merkostnader, covidbonus samt kompensation för höga sjuklönekostnader. Sjukhuset har även fått bidrag för utökad kapacitet och satsning på vårdplatser på 9 mnkr samt extra ersättning för AT-tjänster på ca 4 mnkr i samband med årsbokslutet.

Sålda primärtjänster överstiger budgeten med 39 mnkr. Detta beror på att sjukhuset fått ökad ersättning inom förlossningsverksamheten, medel för att stärka hälso- och sjukvården, ersättning för att minska köerna samt ökade utomlänsintäkter.

Övriga intäkter överstiger budget med 27 mnkr. Detta beror på att sjukhuset fått mer ersättning när det gäller externa projekt, extra ersättning för återhämtningsdagar, julgåva och julbord samt ersättning från Skadekontot avseende försäkringsärenden. Det sistnämnda handlar om skador från stormen Malik som i början av 2022 ledde till att en byggnadställning förstörde entrén till akuten samt en del av förlossningen. Det handlar också om en gammal vattenskada som inträffade inom operationsverksamheten.

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 årsnivå för PO-pålägg vid redovisning av semester och löneskuld. Detta medför ökade kostnader bland annat på grund av ökad inflation.

Patientavgifter samt försäljning övriga tjänster understiger budgeten med 1 mnkr respektive 2 mnkr.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till -1 716 mnkr, vilket är -171 mnkr (ca 10,5 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är -146 mnkr hänförligt till kostnader för personal. Av dessa avviker kostnaden för inhyrd personal med -84 mnkr jämfört med budget. En viss del av avvikelsen (-32,1 mkr) hänger samman med pandemin, men även om dessa kostnader exkluderas är avvikelsen hög. Det beror på utbetalning av covidbonus till personalen, hög frånvaro hos personalen i början av året samt ordinarie personals extra covidledighet och sommarssemestrar. Sjukhuset har även vakanser både när det gäller sjuksköterskor och läkare vilket medfört att behovet av inhyrd personal för att säkerställa vårdkapaciteten varit fortsatt stort under hösten.

Kostnaden för köpta verksamhetsanknutna tjänster överstiger budget med -20 mnkr. Det beror på höga laboratoriekostnader, kopplat både till covid-patienter och sjukhusets arbete med att korta vårdtiderna (vilket lett till ett ökat antal undersökningar inom främst internmedicin). Sjukhuset har även köpt vårdplatser och bemannad operationssal på Sabbatsbergs sjukhus för att minska vårdköer som uppstått på grund av pandemin.

Materialkostnader överstiger budget med 6 mnkr. Det beror på att sjukhuset haft en hög produktion samt inflationen, som gjort exempelvis patientkosten mycket dyrare.

Kostnaden för läkemedel överstiger budget med 2 mkr. Lokal- och fastighetskostnader understiger budget med 1 mnkr. Övriga kostnader understiger budget med 2 mnkr. Avvikelsen beror främst på en återförd reservering från årsbokslutet 2021. Reserveringen avsåg en stämningsansökan mot sjukhuset i tingsrätten och under våren 2022 träffades en förlikning i ärendet. Kostnaden för förlikningen blev lägre än det reserverade beloppet.

I samband med delåret rapporterade sjukhuset en negativ prognos för året och har därefter arbetat för att reducera det förväntade negativa resultatet. Åtgärderna är primärt inriktade på personal, att optimera användandet av operationssalar och åtgärder för att kunna öka produktionen, (se 3.1 ekonomistyrning).

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

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 51,6 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 65 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 79,4 procent. Budgetavvikelsen beror på att vissa investeringsobjekt, främst röntgenutrustning, som planerats och beslutats under 2022 inte kunde levereras under året. Detta medför att investeringsutgiften förskjuts till 2023, vilket sjukhuset kommunicerade till regionen i oktoberrapporten.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnått fullt ut i och med att det justerade resultatet underskrider resultatkravet med 8,7 mnkr.⁶ Den negativa avvikelsen är marginell i förhållande till sjukhusets omsättning (ca 0,5 procent). Revisionen bedömer därmed att det ekonomiska resultatet är tillfredsställande.

Ekonomi har påverkats av coronapandemin, även om påverkan inte är lika stor som föregående år. Sjukhuset har under året haft höga kostnader för inhyrd personal. Dessa kostnader hänger till stor del samman med pandemin i form av hög frånvaro hos personalen under en covid-våg i början av året samt personalens extra covidledighet.

För att nå en ekonomi i balans och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt bedömer revisionen att styrelsen behöver vidta åtgärder för att i möjligaste mån minska inhyrd personal och öka den egenanställda personalen.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

Pandemin har påverkat även under detta år. I början av året var sjukhuset i stabsläge på grund av många patienter med covid-19. I februari gick sjukhuset tillbaka till normalläge för att återigen gå upp i stabsläge i december på grund av ett snabbt ökande antal patienter med covid-19 på sjukhuset.

2.2.1 Måluppfyllelse

Enligt regionledningskontorets anvisningar är ett mål uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden. Om bara hälften av indikatorerna har uppnått sina målvärden anses målet vara delvis uppfyllt. När mindre än hälften av indikatorerna når målvärdet, anses målet inte vara uppfyllt.

Regionen har sedan många år tillbaka haft högre krav för att uppnå vårdgarantin än vad som gällt på nationell nivå. Under pandemin har regionens högre krav på att första besök hos specialist ska ske inom 30 dagar ersatts av den nationella vårdgarantin, första besök inom 90 dagar. Under tredje kvartalet 2022 återgick regionen till 30 dagar. Under 2022 har även mätmetoden för indikatorn vårdrelaterade infektioner ändrats.

I verksamhetsberättelsen har verksamheterna rapporterat in väntetider utifrån både 30 och 90 dagar. Det framgår dock inte av anvisningarna i verksamhetsberättelsen vilka tillgänglighetsuppgifter som ska användas i bedömningen av måluppfyllelsen.

⁶ Styrelsen inte klarat bedömningsmål 1 för ekonomisk och verksamhetsmässigt resultat fullt ut: Styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.

Revisionen har utgått från båda inrapporterade tillgänglighetsuppgifterna som sjukhuset använt i sin verksamhetsberättelse i bedömningen av måluppfyllelsen. Av anvisningarna framgår heller inte att mätmetoden för vårdrelaterade infektioner ändrats.

Bolaget berörs av 12 av fullmäktiges verksamhetsmål, vilket innebär sammanlagt 33 indikatorer. 8 av fullmäktiges mål är uppfyllda och 3 mål uppfylls inte. För ett av målen, hållbar investeringsutveckling, finns inga indikatorer för sjukhuset och det går därför inte att uttala sig om målet är uppfyllt eller inte.

Nedan följer en redovisning av de mål som sjukhuset inte uppfyllt samt målet som är delvis uppfyllt.

Ett resultat i balans

Målet innehåller en indikator: att resultatkravet har uppnåtts. En stor del av förklaringen till att sjukhuset inte når resultatkravet beror på höga kostnader för personal. I början av året hade sjukhuset en hög korttidsfrånvaro bland personalen och var därför tvungen att hyra in extra personal. Sjukhuset har också haft vakanser under året bland läkare och sjuksköterskor och har därför även hyrt in personal. Kostnaden för inhyrd personal har ökat med 92 procent jämfört med föregående år.

Hög innovations- och digitaliseringsgrad

Målet innehåller tre indikatorer: bolaget har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt, innovationsgrad samt grad av digital mognad. Sjukhuset klarar indikatorerna om metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt. När det gäller innovationsgrad mäts denna genom en femgradig skala. Sjukhuset befinner sig på nivå 3 och arbete bedrivs för att komma upp i nivå 4. Fokus i arbetet är att stärka sjukhusets förmåga att utveckla och implementera ny teknik och arbetssätt. Sjukhuset har bland annat en innovationsledare som jobbar sjukhusövergripande med strategiska innovationsprojekt.

När det gäller grad av digital mognad har sjukhuset inte gjort någon mognadsmätning under 2022 utan den ska göras under 2023.

Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare

Målet innehåller sju indikatorer, som mäts genom medarbetarundersökningen: motivation, styrning, ledarskap, andel av medarbetare som utsätts för hot och/ eller våld i samband med sitt arbete, andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet, andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid samt personalomsättning. Sjukhuset klarar två av indikatorerna: andel av medarbetare som utsätts för hot och/ eller våld i samband med sitt arbete samt andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet.

Enligt sjukhuset har 2022 varit en utmaning för både chefer och medarbetare eftersom verksamheten präglats av oförutsägbarhet och tung belastning både när det gäller att hantera pandemin och influensa men också den köställda vården och övernattande patienter på akutmottagningen. Samtidigt har sjukfrånvaron hos medarbetarna varit hög. Efter pandemins femte våg har sjukhuset haft möjlighet att lägga resurser på hälsofrämjande aktiviteter för att stärka hållbarheten hos personalen, exempelvis genom en tillitsutbildning för medarbetare och chefer.

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

2.2.2 Produktion (*utförare*)

Öppenvårdsproduktionen har varit 9,2 procent lägre jämfört med budget och slutenvårdsproduktionen har varit 1,8 procent högre jämfört med budget. Både öppenvårdsproduktionen och slutenvårdsproduktionen är något lägre jämfört med föregående år, -0,8 respektive -0,2 procent.

Öppenvårdsproduktionen har påverkats på flera sätt under 2022. Den elektiva (planerade) vården har vid vissa tillfällen fått ställas in för att sjukhuset har behövt hantera akut sjuka patienter. Sjukhuset har under året haft ett kraftigt inflöde till närakuten och antalet besök har ökat med 15 procent jämfört med 2021. Det har framförallt varit en ökning av barnpatienter.

Slutenvårdsproduktionen har påverkats negativt i både början och slutet av året beroende på att operationer ställdes in på grund av pandemin. Under resterande del av året har sjukhuset haft ett högt inflöde av patienter med behov av inläggning. Omstyrningen av ambulanser från Botkyrka har ökat med 9 procent jämfört med 2021 och en hög andel av dessa patienter har krävt inläggning vilket påverkat antalet akuta vårdtillfällen. Det ökande akuta inflödet har trängt undan den elektiva vården, vilket periodvis också fått en negativ påverkan på den köställda vården. Under året har antalet förlossningar varit 7,4 procent färre jämfört med samma period föregående år. Även antal vårdtillfällen har påverkats negativt av sjunkande förlossningstal och är -4,2 procent jämfört med budget.

Antal vårdplatser, sista onsdagen i december, var 192 stycken, vilket är 10 procent fler än i budget. Jämfört med 2021 har sjukhuset 6,1 procent fler vårdplatser. I dessa vårdplatser ingår inte IVA. OM IVA-vårdplatser inkluderades hade sjukhuset 198 vårdplatser istället för 192. Innan pandemin hade sjukhuset 4 IVA-platser.

Sjukhuset har under året haft en genomsnittlig beläggningsgrad på 98,2 procent, exkluderat BB/ förlossning samt IVA.

Produktiviteten är, i likhet med 2020 och 2021, svår att mäta eftersom åren påverkats av pandemin. Sjukhuset redovisar kraftigt ökade kostnader kopplat till pandemin samtidigt som produktionen har påverkats dels av en annan sammansättning av patienter inom slutenvården och dels lägre

produktionsvolymer inom öppenvården. Den elektiva (planerade) vården har reducerats och periodvis pausats under 2022 på grund av pandemin. Bemanningskostnaderna har också ökat bland annat som en följd av införande av extrapass-ersättning under vissa perioder av året då det krävts för att upprätthålla vårdkapaciteten.

2.2.3 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft mindre effekt än föregående år på styrelsens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet. Pandemin har dock i hög grad påverkat fullmäktiges mål om attraktiv arbetsgivare. Det är viktigt att sjukhuset fortsätter att arbeta med att förbättra personalens arbetsmiljö samt minska vakanser.

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 Ekonomistyrning

Under året har sjukhuset bytt vd eftersom tidigare vd började som vd på Danderyds sjukhus första september. Ny vd började på sjukhuset första december. Dessförinnan hade sjukhuset en tillförordnad vd.

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

Både inför 2020 och 2022 hade sjukhuset negativa prognoser. I samband med det förväntade underskottet för 2020 tog sjukhuset fram ett åtgärdsprogram som innehöll åtgärder för att minska sjukhusets kostnader med drygt 29 mnkr. Vd presenterade programmet för styrelsen på mötet i mars 2020. På grund av pandemin var det inte möjligt för sjukhuset att vidta merparten av åtgärderna. Sjukhuset har därefter haft positiva justerade resultat både 2020 och 2021, bland annat till kopplat till pandemin.

I slutet av 2021 presenterade vd en övergripande handlingsplan för att hantera det strukturella underskott som förväntades för 2022. Den negativa prognosen berodde till största del på kostnader för bemanning. Eftersom sjukhuset redovisade ett positivt resultat första halvåret 2022 aktualiserades inte handlingsplanen i början av året. Sjukhuset prognostiserade i delårsrapporten för 2022 årets justerade resultat till -9,4 mnkr. Med anledning av det förväntade negativa resultatet initierades ett åtgärdsprogram som

presenterades på övergripande nivå för styrelsen på oktober månads styrelsemöte. Åtgärderna är primärt inriktade på fyra områden:

- Åtgärder för att rekrytera och behålla personal för att minska hyrberoendet
- Åtgärder för att optimera nyttjandet av operationssalar för att öka produktion/ intäkter
- Arbete med processer för att optimera flöden som möjliggör ökad produktion/ intäkter
- Åtgärder för att öka öppenvårdsproduktionen.

Enligt sjukhusets bedömning är flera av de föreslagna åtgärderna trögrörliga och det kommer därför dröja innan det går att se resultat av dem. Sjukhuset har inte gjort några mätningar av hur stor del av åtgärderna som realiserats.

Det justerade resultatet för 2022 blev 4,7 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Förändringen mellan prognos och utfall har flera förklaringar. Sjukhuset har fått del av olika statsbidrag och ersättningar som sjukhuset inte kände till när prognosen lades. Sjukhuset har också fått full kompensation för den målrelaterade ersättningen i sjukhusavtalet. Den nya pensionsprognosen har också påverkat. Sjukhuset har även haft högre kostnader bland annat för inhyrning av personal, vårdtjänster och material.

Av sjukhusets verksamhetsplan för 2023 framgår att för att uppnå ett resultat i balans krävs ett omfattande åtgärdsprogram på ca 100 mkr utifrån det senaste budet från beställaren. När planen togs fram såg sjukhusledningen betydande svårigheter att hantera det omfattande åtgärdsprogrammet med bibehållen vårdkapacitet. Efter att verksamhetsplanen tagits fram har regionrådsberedningen i januari 2023 aviserat att akutsjukhusen ska tillföras ytterligare två miljarder kronor innevarande år.⁷ Det är ännu inte helt klart hur mycket sjukhuset får av dessa pengar. Formellt beslut kommer att fattas inom ramen för avstämning av budget 2023⁸, för vilken beslut fattas i början av mars. Av styrelseprotokollet för styrelsemötet i januari framgår att regionens förslag medför signifikant ändrade förutsättningar för sjukhuset för hela planperioden 2023-2025 och därför behöver en reviderad verksamhetsplan presenteras för styrelsen för beslut så snart de nya förutsättningarna är slutgiltigt fastställda.

3.1.1 Bedömning

På en övergripande nivå följer styrelsen regelbundet upp ekonomi och verksamhet. Det framgår av protokoll att styrelsen är aktiv i sin styrning och bl.a. efterfrågar en reviderad verksamhetsplan på grund av ändrade förhållanden. Revisionen konstaterar att när sjukhusets prognos visade på ett underskott så planerade sjukhuset för åtgärder för att komma till rätta med underskottet,

⁷ Räddningspaket till sjukvården i Region Stockholm, pressmeddelande, Mittenkoalitionen och vänsterpartiet, 2023-01-23.

⁸ RS 2022-0638.

som väntas ge effekt längre fram. Revisionen kan därför i dagsläget inte bedöma om åtgärderna kommer att lösa problemet eller inte.

Det ekonomiska läget framöver är osäkert men enligt revisionens bedömning kommer det innebära utmaningar för sjukhuset när det gäller att klara fullmäktiges resultatkrav. Revisionen kommer att följa utvecklingen bl.a. genom en granskning av akutsjukhusens ekonomistyrning under 2023.

3.2 Uppföljning av sjukhusets arbete med kompetensförsörjning

I årsgranskningen 2021 granskade revisionen om de kompetensförsörjningsåtgärder som sjukhuset vidtar ligger i linje med regionens medarbetarpolicy samt regionens modell för kompetensplanering – KOLL. Sammanfattningsvis gjorde revisionen bedömningen att sjukhuset behövde vidta åtgärder som ligger i linje med medarbetarpolicyn och att arbetet med regionens modell för kompetensplanering behövde stärkas. Revisionen lämnade även en rekommendation om att ledningen för sjukhuset bör säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategisk planering.

I årsgranskningen 2022 har revisionen följt upp sjukhusets arbete med kompetensförsörjning under året. I plan för intern kontroll för 2022 värderas risken ökad personalomsättning som en mycket hög risk. Problemet är särskilt stort när det gäller vissa typer av specialistsjuksköterskor.

3.2.1 Vidtagna åtgärder kopplade till kompetensförsörjning under året
Under året har sjukhuset vidtagit en rad åtgärder kopplade till kompetensförsörjning. Sjukhuset har bland annat tagit fram en ny kompetensförsörjningsplan. Då det för närvarande saknas en regional kompetensförsörjningsstrategi utgår planen från regionens tidigare kompetensförsörjningsstrategi (LS 2015-0998) som gällde mellan 2016-2021. Sjukhusets kompetensförsörjningsplan innehåller olika aktiviteter som ska genomföras och status på hur långt arbetet kommit. Sjukhusets ambition är att planen ska följas upp årligen. Eftersom sjukhuset nu har en sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan bedöms rekommendationen om att ta fram en sådan vara åtgärdad.

Sjukhuset har sedan tidigare en rekommendation om att styrelsen bör säkerställa att KOLL får fler användare. Under året har visst arbete pågått för att åtgärda rekommendationen. Bland annat har sjukhuset bestämt vilken del av organisationen som ska hantera frågan. Från början var planen att sjukhuset skulle rekrytera en särskild resurs för att arbeta med KOLL och kompetensstegar men sjukhusets ansträngda ekonomiska läge har medfört att rekryteringen har skjutits på framtiden. Rekommendationen bedöms därför vara delvis åtgärdad.

Av sjukhusets delårsrapport framgår att sjukhuset under året återstartat kampanjarbetet för att rekrytera fler medarbetare där personalbrist råder.

Kampanjarbetet har bland annat bestått av att sjukhuset deltagit på arbetsmarknadsdagar där arbetsgivare presenterar sin verksamhet för potentiella nya medarbetare, något som varit pausat under pandemin. Sjukhuset har även erbjudit sjuksköterskestudenter som studerar sista terminen på sjuksköterskeutbildningen betald introduktion på sjukhuset under terminen för att sjuksköterskorna därefter ska börja arbeta på sjukhuset. Sjukhuset arbetar enligt uppgift mycket med introduktion av nyanställd personal och där är sjukhusets kliniska träningscentrum (KTC)⁹ en viktig del.

3.2.2 Åtgärder för att förbättra arbetsmiljön

Under året har sjukhuset erhållit extra medel från regionen för att förbättra arbetsmiljön. Med hjälp av medlen har sjukhuset bland annat anlitat massörer till personalen, byggt ett utegym utanför sjukhuset och hållit utbildningar för chefer och skyddsombud. Under pandemin blev arbetsmiljöarbetet eftersatt eftersom resurserna behövde läggas på annat.

Sedan våren 2022 deltar sjukhuset i en europeisk studie, Magnet4Europe¹⁰, som syftar till att förbättra den kliniska arbetsmiljön.¹¹ Sjukhuset deltar i studien för att ta reda på om magnetmodellen kan leda till förbättrad arbetsmiljö och därigenom bättre möjligheter till rekrytering och kvarstannade framför allt när det gäller sjuksköterskor. På sjukhuset finns ett särskilt team som arbetar med magnetstudien och kommer att göra så fram till 2024.

3.2.3 Bedömning

Revisionen konstaterar att sjukhuset vidtagit åtgärder för att klara av sitt kompetensförsörjningsuppdrag. Det är positivt att sjukhuset även vidtar åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. När det gäller KOLL vill revisionen, precis som förra året, peka på vikten av att sjukhuset arbetar med att säkerställa att KOLL får fler användare och därigenom omhändertar revisionens rekommendation. Det finns risk för att kompetensförsörjningen försvåras ytterligare kommande år och då ökar vikten av att sjukhuset arbetar strukturerat och strategiskt med kompetensförsörjning, vilket också är syftet med KOLL.

3.3 Sjukhusets arbete med tillgänglighet och köer

I årsgranskningen 2021 granskade revisionen hur sjukhuset arbetat med att omhänderta den uppskjutna verksamheten, främst uppskjuten vård, som uppstått på grund av pandemin. Revisionen gjorde bedömningen att sjukhuset vidtagit adekvata åtgärder för att förbättra köläget men att fortsatta åtgärder behövde vidtas och att revisionen därför skulle fortsätta att följa frågan.

⁹ KTC är en utrustad enhet med ett metodträningsrum, två omvårdnadsrum, bibliotek och studierum. Här kan medarbetare och studenter öva på att ta hand om patienter och utföra vårdåtgärder.

¹⁰ [MAGNET4EUROPE - Home](#)

¹¹ [Magnet4Europe | Karolinska Institutet \(ki.se\)](#)

Av fullmäktiges budget för 2022 framgår att länets invånare ska erbjudas effektiv och säker vård i rätt tid och på rätt plats. Vården ska fortsatt präglas av valfrihet och hög tillgänglighet med god geografisk spridning.¹²

Inom ramen för årsgranskning 2022 har revisionen följt upp sjukhusets arbete under året.

3.3.1 Delvis förbättrad tillgänglighet men försämrad tillgänglighet på akuten
Under året har både pandemin och ett stort ökat inflöde till akuten påverkat den generella tillgängligheten på sjukhuset. Det har lett till att vårdplatsläget blivit ansträngt och vid några tillfällen har sjukhuset därför gått upp i stabsläge vilket inneburit att den elektiva (planerade) kirurgin ställts in. De patienter som väntar på en elektiv operation och är i behov av slutenvård får då vänta längre för att få sin operation utförd och det påverkar väntetiderna. Personal från öppenvårdsmottagningar har hjälpt till inom slutenvård vilket påverkat väntetiderna till nybesök på specialistmottagningarna negativt.

Trots vissa problem under året visar granskningen att sjukhuset vid årsskiftet 2022/2023 nådde de av fullmäktige uppställda målnivåerna för väntande till nybesök (30 dagar), väntande till första besök hos specialist (90 dagar) samt väntande till operation (90 dagar). Tillgängligheten har också ökat jämfört med 2021. När det gäller nybesök fick 85 procent av patienterna vård inom 30 dagar och fullmäktiges målvärde var 70 procent. 2021 fick 57 procent av patienterna vård inom 30 dagar. För väntande till besök hos specialist fick 99,5 procent av patienterna vänta kortare än 90 dagar och fullmäktiges målvärde var 89 procent. 2021 fick 95,2 procent av patienterna ett besök inom 90 dagar. När det gäller operation fick 83 procent av patienterna vänta kortare än 90 dagar och fullmäktiges målvärde var 78 procent. 2021 fick 58 procent av patienterna vård inom 90 dagar.

Tillgängligheten när det gäller akuten har försämrats under 2022 jämfört med 2021 och ligger även under fullmäktiges målvärde. 2021 fick 73 procent vård inom 4 timmar och motsvarande siffra för 2022 är 69 procent. Fullmäktiges målvärde är 78 procent. Försämringen i tillgänglighet beror enligt sjukhuset både på ett ökat söktryck, framför allt när det gäller närakuten, och på att fler patienter som söker är mer vårdkrävande än tidigare. Svårigheter att rekrytera till akuten har också påverkat tillgänglighet och väntetider. Under året har ett utskott som följer väntetiderna när det gäller akutprocessen bildats. Sedan 2021 pågår, på uppdrag av styrelsen, ett arbete för att förbättra akutprocessen. Detta arbete kommer att pågå även under 2023. Även innan pandemin bedrev sjukhuset olika projekt för att öka tillgängligheten på akuten. Bland annat pågår ett projekt riktat till patienter över 80 år för att korta deras vistelsetid på akuten.

¹² RS 2022-0775

3.3.2 Sjukhusets åtgärder för att öka tillgängligheten

För att minska köerna och öka tillgängligheten har sjukhuset fortsatt att arbeta på ett likartat sätt 2022 jämfört med 2021. Några förändringar som skett under 2022 är att sjukhuset hyrt en operationssal på Sabbatsbergs sjukhus under några veckor för att avlasta den egna operationsavdelningen och kunna öka operationskapaciteten. Sjukhuset har även startat ett pilotprojekt där enklare dagkirurgiska ingrepp utförts på öppenvårdsmottagning istället för på central operation. Enligt sjukhuset har projektet fallit mycket väl ut och antalet patienter som har fått ingrepp har ökats vid varje tillfälle jämfört med tillfället innan.

Under våren arbetade sjukhuset även med Vårdgarantiprojektet som initierats av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och där vårdgarantikoordinatorer gick igenom väntelistor till nybesök och vid behov kontaktade väntande patienter för att om möjligt flytta dem till alternativa vårdgivare utanför akutsjukhusen.

Sjukhuset har även arbetat med att utveckla ett mer datastyrt beslutsstöd. Controllerenheten på central nivå har skickat ut uppgifter om veckoproduktion till respektive verksamhet. Det har enligt sjukhuset underlättat för verksamheterna att se om produktionen och tillgängligheten stämmer överens med plan och vidta åtgärder där det inte stämmer överens.

Under året har sjukhuset deltagit i en regional kapacitetsplaneringsgrupp som till en början startade för att samordna omhändertagandet av skadade från Ukraina. Därefter fortsatte gruppen sitt arbete med bland annat uppskjuten vård. Under hösten har inget arbete bedrivits i gruppen i väntan på nytt uppdrag efter valet. Parallellt med kapacitetsplaneringsgruppen har hälso- och sjukvårdsförvaltningen haft en egen grupp där vårdgivare ingått och som syftat till att samordna den uppskjutna vården.

Arbetet med att minska den uppskjutna vården och öka tillgängligheten på sjukhuset följs upp genom månadsuppföljningar mellan verksamheterna och vd. Utöver det sker regelbundna möten internt gällande den köställda vården. Verksamheterna rapporterar också regelbundet till sjukhusledningsgruppen när det gäller frågor som är kopplade till vårdgarantin.

3.3.3 Bedömning

Revisionen konstaterar att sjukhuset fortsatt arbetet med att komma till rätta med den uppskjutna vården och öka tillgängligheten. Det är positivt att sjukhuset ökat tillgängligheten till nybesök och operation under året även om tillgänglighetsproblemen på akuten kvarstår. Revisionen vill peka på vikten av att sjukhuset fortsätter påbörjade aktiviteter för att komma till rätta med väntetiderna på akuten och på så sätt nå fullmäktiges målvärde.

3.4 Bisysslor

Revisionen har granskat om Södertälje sjukhus interna styrning och kontroll med avseende på hanteringen av de anställdas bisysslor är tillräcklig.

Granskningen har innefattat sjukhusets arbete med att identifiera risker inom området, att det finns styrdokument som förtydligar ansvaret för inlämning och bedömning av bisysslor samt om sjukhuset följer regelverket avseende insamling och bedömning av bisysslor. Med otillåtna bisysslor menas bisysslor som är förtroendeskadliga, konkurrerande eller arbetshindrande.

3.4.1 Styrdokument och anvisningar inom bisyssleområdet

Det finns en regionövergripande tillämpningsanvisning för bisysslor och den gäller för samtliga nämnder och bolag. I anvisningen definieras vad som räknas som en bisyssla. Av anvisningen framgår att medarbetaren är skyldig att på eget initiativ lämna uppgifter om bisysslor till sin arbetsgivare. Det görs i personalsystemet Heroma. Arbetsgivaren ska fatta beslut om bisysslan ska godkännas eller inte.

Enligt regionens tillämpningsanvisning kan respektive verksamhet ta fram verksamhetsanpassade rutiner för bisysslor. Södertälje sjukhus har tagit fram en kompletterande riktlinje, vars syfte är att specificera hanteringen av bisysslor vid sjukhuset.

3.4.2 Bisysslor finns inte med i riskanalyser

Risker kopplade till bisysslor har inte identifierats eller dokumenterats i nämndens internkontrollplaner eller underliggande riskanalyser under åren 2021 och 2022. I bilagan Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder som är kopplad till plan för intern kontroll för 2021 lyfts risker för bedrägeri i form av mutor, jäv och bluffakturor.

3.4.3 Inte alla anställda har anmält bisysslor

I granskningen konstateras att det finns systemstöd för att registrera och besluta om en bisyssla. Heroma ger möjlighet till en överblick över anmälningsgraden av bisysslor, hur många som har en bisyssla och vilken typ av bisyssla. Granskningen visar att av de anställda på Södertälje sjukhus är det 27 procent som inte besvarat frågan i Heroma om de har någon bisyssla. Sjukhuset har inte gjort några kontroller av förekomsten av bisysslor.

3.4.4 Avstämning mot Bolagsverkets register visar bristande följsamhet

I granskningen har även data från sjukhusets personaladministrativa system tagits fram när det gäller antalet anställda ledningspersoner, antalet anställda som har en läkartjänst samt antalet anställda inom inköps- och upphandlingsfunktioner. Det rör sig om 264 personer. En registeranalys över förekomsten av bisysslor för dessa personer har genomförts. Kontrollen har skett gentemot Bolagsverkets register där 130 aktiva engagemang har identifierats. Det vanligaste för anställda inom den utvalda gruppen är att ha engagemang i ett privat aktiebolag (112 personer).

Utöver resultatet från matchningen mot Bolagsverkets register har stickprov ur Heroma tagits på 30 anställda för att kontrollera om de bisysslor som fanns i Bolagsverkets register har dokumenterats i Heroma i enlighet med riktlinjerna. Av de 30 anställda var det åtta anställda som registrerat att de har bisyssla. Sju har besvarat frågan i Heroma men angett att de inte har någon bisyssla, trots att så var fallet. 15 stycken har inte besvarat frågan i Heroma.

Av de åtta som registrerat att de har en bisyssla har avstämning skett mot informationen från Bolagsverket. Jämförelsen visar att fem av de anställda i allt väsentligt hade uppgett de bisysslor som fanns hos Bolagsverket. Två hade registrerat någon annan typ av bisyssla alternativt endast registrerat något/några av bisysslorna de har. En registrering var inte fullständig.

3.4.5 Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhuset har uppdaterade styrdokument för hanteringen av bisysslor. Genom att bedömningen av bisysslor sker i ett system, Heroma, med spårbarhet i godkännande och flöde är det möjligt att säkerställa följsamheten till rutiner och riktlinjer. Däremot förutsätter detta att samtliga bisysslor anmäls och registreras i systemet samt att kontroller utförs. Om arbetsgivaren inte har kännedom om bisysslan kan ingen bedömning göras av om bisysslan är tillåten eller inte. Revisionen bedömer därför att sjukhuset behöver stärka den interna kontrollen när det gäller hanteringen av de anställdas bisysslor genom att säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte. Ett utvecklingsområde är också att på ett mer formaliserat och systematiskt sätt arbeta med riskanalyser för att identifiera risker avseende bisysslor.

Rekommendation

- Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.

3.5 Säkerhet i nätverk och informationssystem

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

Revisionen har därför granskat om Södertälje sjukhus säkerställer följsamhet till NIS-lagen.¹³

3.5.1 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 krav¹⁴. Sjukhuset har identifierat sina egenägda verksamhetskritiska system med bäring på samhällsviktiga tjänster, dock saknas spårbarhet i dokumentation kring hur sjukhuset har kommit fram till den bedömningen.

3.5.2 Systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete

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

Regionens LIS tar inte uttryckligen upp NIS-lagen, men i fullmäktiges riktlinjer för informationssäkerhet finns uppmaning om att komplettera med lokalt anpassade riktlinjer för att täcka eventuella gap. Sjukhusets anskaffningsprocess utgår bland annat från dokumenten Policy för inköp samt informationssäkerhetskrav upphandling. Informationssäkerhetskrav upphandling är en policymall från regionledningskontoret som sjukhuset använder som riktlinje och minimikrav på motparten. Mallen är dock inte specifikt inriktad på teknik och it utan mer en generell kravlista på motpart. I intervju förklaras att det tidigare funnits problem gällande anskaffningsprocessen. Problemen gällde bristfällig uppföljning av avtal, till exempel gällande krav om säkerhetsåtgärder i avtal men inga aktiviteter för åtgärder har hunnit genomföras.

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. Södertälje sjukhus genomför årligen en risk- och sårbarhetsanalys (RSA) på sjukhusövergripande nivå där it- och informationssäkerhet är två specifika områden som berörs. It- och den medicintekniska avdelningen har tillsammans med informationssäkerhetssamordnaren ett pågående arbete med att identifiera verksamhetskritiska system. Systemklassning görs i Region Stockholms Complianceportal. Ambitionen är att ha en färdig klassning av samtliga system som berörs av it- och informationssäkerhet på plats i början av 2023.

¹³ Motsvarande granskning finns i årsrapport 2022 för Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset AB och Danderyds sjukhus AB.

¹⁴ Enligt 23 § lag 2018:1174 ska leverantörer av samhällsviktiga tjänster utan dröjsmål anmäla sig till tillsynsmyndigheten.

I granskningen noteras att informationssäkerhetssamordnare har avslutat sin anställning på sjukhuset och att det i nuläget inte finns information om efterträdare.

3.5.3 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 NIS. Däremot saknas motsvarande tydlighet i sjukhusets beskrivning av ansvar och roller.

Medarbetare ska vid nyanställning genomföra en digital informationssäkerhetsutbildning, s.k. DISA-utbildning. DISA-utbildningen är inte obligatorisk för Södertälje sjukhus medarbetare vilket frångår regionens riktlinjer för informationssäkerhet. Det saknas en fastställd plan utifrån identifierade behov och arbetsuppgifter för hur systematisk utbildning ska fortgå för att upprätthålla medarbetarnas kompetens för säker informationshantering. Utvärdering av genomförda utbildningar sker för närvarande inte systematiskt på sjukhuset. Revisionen noterar att förbättrade rutiner för uppföljning är under översyn.

3.5.4 Avvikelse- och incidenthantering

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

Sjukhusets nätverk ägs och underhålls av Serviceförvaltning IT (SF IT), vid fastighets- och servicenämnden. Regionens fastighetsbolag Locum är fastighetsvärd för vissa byggnader och ansvarsfördelning beträffande fastighetssystem (hissar, ventilation, inpasseringssystem m.m.) är delat mellan Locum och sjukhuset. I förhållande till sjukhuset är många aktörer inblandade med ansvar för olika delar av NIS; Locum, regionledningskontoret samt SF IT. Respondenter på flera av de granskade sjukhusen 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 Södertälje sjukhus och övriga akutsjukhus på att det finns ett behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden och samverkansformer.

Sjukhuset saknar en tydlig ansvarsfördelning och hanteringsplan för NIS-incidenter. Rutiner och arbetssätt för generella incidenter finns men inte i direkt anknytning till NIS. Riktlinjer och rutiner för NIS-relaterade incidenter är under framtagande och beräknas vara klart före sommaren 2023. Arbetet ska enligt uppgift omfatta ansvarsfördelning och handlingsplan för NIS-incidenter.

Regionledningskontorets avdelning strategisk IT har en särskild funktion (CERT¹⁵), som hanterar en stor del av monitoreringen för nätverken. I händelse av en nätverksincident kontaktar CERT-funktionen sjukhusets informationssäkerhetssamordnare. Sjukhuset anser sig inte ha de resurser som krävs för att driva ett strategiskt och förebyggande arbete och tar därför stöd av regionledningskontoret. Dock upplevs inte ansvarsfördelningen kopplat till säkerhetsåtgärder mellan sjukhuset och regionledningskontoret vara formellt definierat utan sker för närvarande ad hoc.

Södertälje sjukhus arbetar regelbundet med behörighetsstyrning som säkerhetsåtgärd för informationssystem. Förbättringsarbete pågår i syfte att systematisera processer för hur risker fångas upp och omarbetas till säkerhetsåtgärder.

Enligt NIS-lagstiftningen ska verksamheten säkerställa kontinuitet i samhällskritiska system vid olika typer av incidenter. Arbetet med kontinuitetshantering är en del i Södertäljes internkontrollplan och sjukhuset har en upprättad aktuell kontinuitets- och krisplan, daterad 2022-06-30. Dokumentet reglerar ansvarsfördelning och hantering av olika incidenter. Riktlinjer för kontinuitetshantering på Södertälje sjukhus grundar sig i MSB:s föreskrifter om kontinuitetshantering för samhällsviktig aktör. Riskerna som involveras i planen relaterar till it- och informationssäkerhet till viss del.

Södertälje sjukhus har Chefsläkare i beredskap (CiB). Vid särskild eller extraordinär händelse blir CiB:en inkallad och är delaktig i incidenthanteringsprocessen. Kommunikationsvägar finns dokumenterade i sjukhusets kontinuitets- och krisplan. Verksamhetsövergripande kontinuitetsarbete saknar systematik och samverkan mellan olika verksamheter och det finns tendens att endast ta hänsyn till enstaka system.

3.5.5 Bedömning

Revisionen bedömer att Södertälje sjukhus delvis genomför ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Revisionen bedömer också att sjukhuset delvis säkerställer att det finns följsamhet till NIS-lagen.

Enligt MSB:s föreskrifter ska ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete utformas lokalt för organisationens behov och arbetet ska ha en spårbarhet i form av dokumentation. Södertälje sjukhus saknar dock i

¹⁵ Computer Emergency Response Team

dagsläget systematiska processer, formella rutiner samt en tydlig spårbarhet i arbetet med informationssäkerhet och NIS. Vidare är otydliga ansvarsförhållanden en sårbarhet som behöver åtgärdas, även om påtagliga problem ännu inte uppstått. Avsaknaden av en informationssäkerhetssamordnare riskerar att leda till att kritiska processer inom informationssäkerhet förbises.

Det finns processer för att identifiera it-system som är kritiska för att kunna leverera samhällsviktiga tjänster, sjukhuset saknar dock spårbarhet kopplat till genomförda analyser. Det pågår ett arbete på sjukhuset för att identifiera verksamhetskritiska system och revisionen menar att det är viktigt att sjukhuset prioriterar slutförandet av detta arbete.

Sjukhuset saknar i dagsläget särskilda hanteringsregler för NIS-relaterade incidenter och utredning av incidenter genomförs inte systematiskt. Det är enligt revisionens mening viktigt att sjukhuset slutför pågående uppdatering av riktlinjer och rutiner kring rapportering av NIS-incidenter.

Det är positivt att Södertälje sjukhus har en kontinuitets- och krisplan som reglerar ansvarsfördelning och hantering av incidenter men det verksamhetsövergripande arbetet saknar systematik och samverkan mellan olika verksamheter.

Medarbetare genomför en informationssäkerhetsutbildning, DISA, i samband med anställning, men den är inte obligatorisk, vilket frångår regionens riktlinjer för informationssäkerhet. Utvärdering av utbildningar sker inte systematiskt, vilket försvårar att regelbundet och utifrån identifierat behov och arbetsuppgifter utveckla och upprätthålla medarbetarnas kompetens.

Rekommendationer:

- Styrelsen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att sjukhuset har systematiska processer och formella rutiner som medför spårbarhet när det gäller arbetet med informationssäkerhet och NIS.
- Ledningen för Södertälje sjukhus bör utforma en organisation för informationssäkerhet med tydlig ansvarsfördelning för att säkerställa kontinuitet och minska personberoende.
- Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att kontinuitetsplaner övas regelbundet. Vid övningarna bör dokumenten avseende innehåll, nivå och användbarhet utvärderas.
- Ledningen för Södertälje sjukhus bör se till att DISA-utbildningen är obligatorisk i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet samt fortsätta med framtagandet och fastställandet av en utbildningsplan utifrån identifierade behov och arbetsuppgifter.

3.6 Avrapporterade granskningar i delrapport

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

Granskning av sjukhusets arbete med miljö- och klimatindikatorer

Södertälje sjukhus verksamhetsberättelse för 2021 visade att sjukhuset hade svårt att nå målvärdet för vissa av regionfullmäktiges indikatorer kopplade till klimat och miljö. Revisionen har därför granskat hur sjukhuset arbetar med dessa indikatorer.

Revisionen gjorde bedömningen att sjukhuset i sitt miljöarbete för att nå fullmäktiges indikatorer utgår från regionens hållbarhetspolicy och hållbarhetsstrategi. Enligt revisionens bedömning har sjukhuset en tydlig ansvarskedja inom miljöarbetet. Revisionen bedömde att sjukhuset vidtar åtgärder, bland annat genom att minska förskrivningen av vissa läkemedel och för att anpassa portionsstorlekar till patienterna, för att minska sin klimatpåverkan. Givet att det finns framtida utmaningar inom området vill revisionen peka på vikten av att sjukhuset fortsätter arbetet med hållbarhetsindikatorerna och då särskilt de som är kopplade till patientmåltider.

3.7 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

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

Revisionskontoret har granskat om Södertälje sjukhus har en tillräcklig intern kontroll gällande användningen av betalkort utan några väsentliga iakttagelser. Under granskad period har sjukhuset endast haft 1 utställt betalkort.

3.8 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. Se avsnitt 3.2 för att hantering av rekommendationer kopplade till kompetensförsörjning.

I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna 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 revisionen.

4.1 Årsredovisningen

Kvaliteten i förvaltningsberättelsen, resultat- och balansräkningen, kassaflödet samt övriga upplysningar bedöms vara tillfredsställande. Inga väsentliga avvikelser har noterats mellan den förvaltningsberättelse som lämnats till regionstyrelsen och årsredovisningen.

4.2 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Den auktoriserade revisorn har granskat ekonomistyrning, ledningsnära kostnader och representation, lönerutin, investeringsrutin samt hållbarhetsredovisning utan väsentliga iakttagelser.

4.3 Auktoriserade revisorns bedömning

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.

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

Södertälje Sjukhus AB

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36871 Från rapport 2019/10 Projektrapport	Styrelsen bör säkerställa att KOLL får fler användare för att kunna ge ett samlat underlag i kompetensförsörjningsarbetet både lokalt och för hela regionen.	●	ÅR 2022 Under året har sjukhuset påbörjat visst arbete för att säkerställa att KOLL får fler användare. Rekommendationen bedöms därför vara delvis åtgärdad.

Strategisk styrning och organisation


Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57775 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i en uppdaterad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	●	ÅR 2022 Sjukhuset uppdaterade sin kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan utifrån lärdomar från pandemin under 2021. Sjukhusets plan har reviderats för att stämma överens med regionala planer kopplade till krisberedskap och katastrofmedicinsk beredskap och de begrepp som används. Sjukhuset har deltagit i och lämnat synpunkter på de regionala planerna i samband med remissförfarandet. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Regionrevisorerna


Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

Södertälje Sjukhus AB

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29993 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1564	Ledningen bör säkerställa att rutinen för tilldelning och borttagning av behörigheter i TakeCare dokumenteras och följs upp.		ÅR 2022 Rutinen är framtagen och sjukhuset arbetar utifrån den. Den uppföljning, som ska bedrivas av verksamhetschefer, som beskrivs i rutinen har inte kunnat implementeras. Sjukhuset följer dock regelbundet upp de personer som finns under fliken borttag i EK och spärrar dem från att använda TakeCare. Rensning sker även av dem som har tidsbegränsad anställning eller behörighet såsom ex. studenter. Revisionen gör bedömningen att trots att uppföljningen ännu inte stämmer överens med rutinen sker uppföljning regelbundet. Revisionen bedömer därför att rekommendationen är åtgärdad.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77980 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategisk planering.		ÅR 2022 Sjukhuset har under året tagit fram en sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan med olika aktiviteter som har eller ska genomföras. Rekommendationen bedöms därför vara åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS- KRITERIER

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Bedömningsmål:

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

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande

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

Inte helt tillfredsställande

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

Ottillfredsställande

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

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

Regionrevisorerna

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 revisionssed 2018

Bedömningskriterier:**Rättvisande**

Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelse kan förekomma. Eventuella värderings-, klassificerings- och/eller upplysningsfel är inte av sådan karaktär att de väsentligen påverkar bilden av nämndens/styrelsens resultat och ställning.

Inte rättvisande

Räkenskaperna innehåller väsentliga avvikelser eller allvarliga brister i förhållande till bedömningsmålen och ger inte en rättvisande bild av resultat och ställning.

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till ansvarsprövningsgrunden³ ej rättvisande redovisning.

³ God revisionsred 2018