

Årsrapport 2022

S:t Eriks ögonsjukhus AB

S:t Eriks ögonsjukhus AB

Årsrapport 2022
S:t Eriks ögonsjukhus AB

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

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
ordförande

Karelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – S:t Eriks ögonsjukhus

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

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 30 mnkr. Fullmäktige har beslutat¹ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag. Dessa poster uppgår till ca 5 mnkr. Bolaget har även erhållit 0,1 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 6,6 mnkr.

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt justerat för ovannämnda poster uppgår till 42 mnkr, vilket är högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Styrelsen uppfyller samtliga fullmäktiges mål, med undantag för två som uppfylls delvis. Vårdproduktionen ligger något lägre än budgeterade nivåer. Sjukhuset har vidtagit åtgärder för att hantera vårdskulden. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

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

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

Intern styrning och kontroll

Revisionen har granskat om S:t Erik säkerställer ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och rekommenderat ledningen för bolaget att förtydliga sitt kvalitetsledningssystem. Revisionen har även granskat bolagets arbete med internkontrollplan, användningen av betalkort samt upphandling och rekommenderat ledningen för bolaget att stärka den interna kontrollen i vissa avseenden.

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	4
3	Intern styrning och kontroll	5
3.1	Betalkort	5
3.2	Upphandling	6
3.3	Systematiskt kvalitetsarbete	7
3.4	Avrapporterade granskningar i delrapport	10
3.5	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	11
3.6	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	11
4	Räkenskaper	11
4.1	Årsredovisningen	11
4.2	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	12
4.3	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	12
	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 S:t Eriks ögonsjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för att bedriva specialiserad och högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård. Primärvård ska endast bedrivas i begränsad omfattning som stöd för FOU-uppdraget. Sjukhuset ska bedriva och medverka i klinisk forskning inom ögonsjukvård och bidra till utveckling av en evidensbaserad hälso- och sjukvård. Vidare ska sjukhuset bedriva klinisk utbildning. S:t Eriks ögonsjukhus ska i samråd med ägaren och Karolinska Institutet utvecklas till ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt centrum för forskning inom ögonsjukvården.

Revisionen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen, regionens regler och anvisningar, riktlinjer för samordnad revision och bolagsrevision inom region Stockholm samt god revisions sed 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 Anna Ullsten m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Mikael Sjölander vid EY AB.

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. Lekmannarevisorerna träffar representanter för bolagsstyrelsen för dialog vartannat år, senast under 2021. Ett utkast av årsrapporten har stämts av med bolagsledningen och de auktoriserade revisorerna.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2022	Bokslut 2022	Bokslut 2021
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	751	757	709
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 741	-727	-730
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	10	30	-21
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	5,4	42
Ersättning för täckning av merkostnader	-	- 0,1	- 0,6
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	6,6	-
Effekten av förändring av diskonteringsräntan	-	-	29
Justerat resultat	-	42	49
Erhållna koncernbidrag (skatt)	-	-	26
Lämnade koncernbidrag (skatt)	-	-38	-
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt	10	8	5
Balansomslutning (mnkr)		807	767
Årsarbetare (antal)	435	426	435

2.1.1 Resultat 2022

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 30 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 ca 5 mnkr. Bolaget har även erhållit ca 0,1 mnkr i ersättning för covidrelaterade merkostnader i enlighet med fullmäktige beslut⁴.

³ RS 2021-0062 och RS 2021-0685

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

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 6,6 mnkr.

Styrelsens resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 42 mnkr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och statsbidrag samt PO-pålägg. Detta är 32 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen lämnar bolaget dessutom ett koncernbidrag på 38 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -8 mnkr. I den fortsatta analysen utgår revisionen från det justerade resultatet som används vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav.

2.1.2 Jämförelse med budget 2022

Verksamhetens intäkter uppgår till 757 mnkr, vilket är 6 mnkr (0,7 procent) högre än budgeterat. Intäkterna för sålda primärtjänster understiger budgeten med ca 15 mnkr. Detta beror bl.a. på minskade intäkter avseende läkemedel för intravitrealinjektioner, vilka bekostas av hälso- och sjukvårdsnämnden. Erhållna bidrag och övriga intäkter överstiger budget med 14 respektive 6 mnkr. Sjukhuset har erhållit statsbidrag för bl.a. insatser för att utöka vårdkapaciteten och medarbetarnas hälsa. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs av flera mindre delposter.

Verksamhetens *kostnader*, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 693 mnkr, vilket är 14 mnkr (ca 2,0 procent) lägre än budgeterat. Personalkostnaderna överstiger budgeten med ca 12 mnkr och köpta verksamhetsanknutna tjänster med ca 9 mnkr. Det beror bl.a. på ökade lönekostnader till följd av att sjukhuset genomfört extra mottagningar utanför arbetstid samt extra kirurgisk verksamhet i samarbete med Aleris Sabbatsberg för att hantera vårdskulden. Läkemedelskostnaderna och övriga kostnader har minskat med 17 respektive 19 mnkr jämfört med budget. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs av flera mindre delposter.

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

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.

2.1.3 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Måluppfyllelse

S:t Erik berörs av 11 av fullmäktiges mål, med sammanlagt 29 tillhörande indikatorer. Bolaget uppnår målvärdena för över hälften av indikatorerna för samtliga mål utom två⁶ – *hög innovation och digitaliseringsgrad* samt *attraktiv arbetsgivare*.

Bolaget uppnår inte målnivåerna för två av tre indikatorer avseende *hög innovation och digitaliseringsgrad*. S:t Erik har inte fullt ut infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt och bolagets innovationsgrad når inte upp till fullmäktiges målvärde. Bolaget planerar att tydligare strukturera sitt arbete med innovationer under 2023.

S:t Erik uppnår inte målnivåerna för fem av sju indikatorer avseende *attraktiv arbetsgivare*. Resultatet för hållbart medarbetarengagemang avseende motivation, styrning och ledarskap⁷ understiger målnivåerna. Vidare överstiger andelen medarbetare som har utsatts för kränkande särbehandling (11 procent) fullmäktiges mål (7 procent). Sjukhusets ledning har beslutat om en handlingsplan utifrån en analys av medarbetarenkätens resultat. Bland åtgärderna finns exempelvis införandet av ett sjukhusgemensamt chefs- och ledarskapsprogram som planeras att starta under 2023. Vidare ligger sjukfrånvaron (7,3 procent) över regionfullmäktiges mål (6,2 procent). En bidragande orsak uppges vara coronapandemin, vilken medförde hög sjukfrånvaro under början av året.

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

2.2.2 Produktion

I jämförelse med budget ligger produktionen 8 procent lägre för öppenvård och 10 procent lägre för slutenvård. I början av år 2022 var smittspridning av covid-19 fortfarande hög, vilket medförde hög sjukfrånvaro och minskad produktion. Under 2022 har S:t Erik genomfört extra mottagningar och extra kirurgisk verksamhet i samarbete med Aleris Sabbatsberg för att hantera vårdskulden. Både öppen- och slutenvårdsproduktionen har ökat jämfört med förr året (14 respektive 12 procent).

Antalet vårdplatser är oförändrat jämfört med både budget och föregående år.

⁶ Revisionen har utgått från de inrapporterade uppgifterna som sjukhuset använt i sin verksamhetsberättelse i bedömningen av måluppfyllelsen.

⁷ Motivation: utfall 71, mål 79. Styrning: utfall 70, mål 75. Ledarskap: utfall 72, mål 77.

Produktiviteten, räknat som kostnad per DRG-poäng⁸, har ökat jämfört med föregående år. Kostnaden per DRG-poäng var 72 615 kronor 2022 att jämföra med ca 77 092 kronor år 2021.

2.2.3 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat
Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Det är dock viktigt att styrelsen fortsätter att arbeta med åtgärder för att uppnå fullmäktiges mål om attraktiv arbetsgivare och hög innovation och digitaliseringsgrad samt för att öka produktionen till avtalade volymer.

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 Betalkort

Dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning upprättade 2017 *Rutin och information Betalkort* för koncerngemensam hantering av betalkort. Enligt rutinen ska betalkort hanteras med stor restriktivitet både vad gäller personalens rätt till betalkort och regelverk för vilka typer av inköp som får ske. Rutinen framhåller att en nogsam uppföljning och intern kontroll är nödvändig och ska göras löpande. Vidare ska varje förvaltning och bolag utarbeta närmare regelverk och instruktioner. Revisionen har granskat om S:t Erik har en tillräcklig intern kontroll gällande användningen av betalkort.

S:t Erik har inte tagit fram egna rutiner för användningen av betalkort, utan uppger att de följer regionövergripande rutinen. Stickprovet avser 9 av 32 kortfakturer under perioden januari – november 2022, sammanlagt 46 transaktioner. Granskningen visar att syftet vanligen beskriver vad som har köpts, snarare än varför köpet har genomförts. Vidare saknas kvitto för 5 av 46 transaktioner.

⁸ Uppgifterna är inte inflationsjusterade.

Bedömning

Revisionen bedömer att den interna kontrollen av användningen av betalkort bör stärkas när det gäller att syftet med inköpet ska beskrivas mer tydligt och att kvitto alltid ska bifogas transaktionen.

Rekommendation:

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

3.2 Upphandling

Revisionen har granskat om S:t Erik har en tillräcklig intern kontroll avseende upphandlingar enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och regionens styrdokument. I granskningen har uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer avseende inköp och upphandling ingått.

Den övergripande bedömningen är att S:t Erik i huvudsak har en tillräcklig intern kontroll avseende upphandlingar. Dokumentation av rutiner och processer samt genomförda direktupphandlingar behöver dock utvecklas.

I granskningen har sjukhusets styrdokument granskats mot LOU och Region Stockholms övergripande styrdokument. Bolagets riktlinjer bedöms i huvudsak vara förenliga med LOU och regionens styrdokument, men behöver uppdateras avseende hänvisningar till paragrafer i LOU. Bolagets riktlinjer är på en övergripande nivå och saknar detaljerade anvisningar avseende hur upphandlingar ska genomföras. S:t Erik uppger att de inte behöver detaljerade riktlinjer, då sjukhusets upphandlingsfunktion har tillräcklig upphandlingskompetens. Revisionen menar att avsaknaden av detaljerade instruktioner medför en risk vid personalomsättning eller tillfällig frånvaro. Revisionen bedömer att bolaget bör utveckla en processbeskrivning för genomförande av upphandling och förnyad konkurrensutsättning.

I granskningen har ett stickprov om tre upphandlingar gjorts. Undertecknat anbudsprotokoll, enligt bestämmelserna i LOU, saknas för samtliga upphandlingar. Bolaget behöver därmed utveckla sina rutiner för anbudsförteckning.

I granskningen har även ett stickprov om sju direktupphandlingar gjorts. Direktupphandlingar ska dokumenteras enligt dokumentationsplikten i LOU. Sjukhusets riktlinje för direktupphandlingar uppdaterades 2021 och innehåller krav på dokumentation. För sex av de sju stickproven saknas dokumentation. Revisionen har tidigare rekommenderat sjukhuset att säkerställa att direktupphandlingar dokumenteras. Rekommendationen bedöms kvarstå. Revisionen har tidigare rekommenderat sjukhuset att säkerställa att åtgärder vidtas för att undvika otillåtna direktupphandlingar.

Eftersom dokumentation saknas för majoriteten av stickproven går följsamheten till regelverk och riktlinjer inte att bedöma.

Upphandlingsområdet omfattas inte av bolagets plan för intern kontroll eller riskanalys, men kontroller av inköp och upphandling genomförs i det dagliga arbetet. Alla upphandlingar genomförs av inköpsenheten och merparten av alla avrop görs genom inköpssystemet. Inköpsfunktionen genomför kontroller av köp som sker utanför inköpssystemet. Sjukhusets kontroller omfattar dock inte alla delar av inköps- och upphandlingsverksamheten, exempelvis att direktupphandlingar dokumenteras. Revisionen bedömer att sjukhuset bör analysera om det finns risker som inte fångas upp i kontrollerna, i syfte att ytterligare utveckla sina kontroller.

Rekommendationer:

- Ledningen bör säkerställa att det finns en processbeskrivning för genomförande av upphandling och förnyad konkurrensutsättning.
- Ledningen bör säkerställa rutinmässiga kontroller av att upphandlingar och direktupphandlingar genomförs och dokumenteras i enlighet med fastslagna styrdokument.

3.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Revisionen har granskat om S:t Erik säkerställer ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ansvarar vårdgivaren för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med utgångspunkt i ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.⁹

Sjukhuset har inte haft någon samlad beskrivning av sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I januari 2023 utarbetade och fastställde sjukhusets ledning en övergripande riktlinje avseende ledningssystem för systematiskt kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. I riktlinjen beskrivs vad systematiskt kvalitetsarbete innebär enligt lagar och förordningar. I riktlinjen anges kortfattat hur ansvaret för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete är fördelat i organisationen. Bland annat framgår att chefläkaren ansvarar för patientsäkerhetsarbetet. Det preciseras inte närmare vad ansvaret innebär eller hur chefläkarens ansvar förhåller sig till verksamhetschefernas ansvar.

⁹ SOSFS 2011:9 3 kap. 1-3§§

Verksamhetscheferna ansvarar för att det inom verksamheten bedrivs ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och ska bl.a. att definiera roller, ansvar och befogenheter avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Verksamheterna har ingen samlad beskrivning av uppgifts- och ansvarsfördelningen, men ansvaret ska finnas i olika befattningars arbetsbeskrivningar.

Ledningssystemet grundläggande uppbyggnad

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. För respektive process ska vårdgivaren identifiera aktiviteter samt fastställa rutiner för dessa.¹⁰ Processerna och rutinerna utgör ledningssystemet grundläggande uppbyggnad. Föreskrifterna stadgar även att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentationskravet omfattar alla delar av kvalitetsarbetet, även ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.¹¹

Enligt sjukhusets riktlinje avseende ledningssystemet ansvarar verksamhetschefen för att det finns fastställa rutiner och processer, samt att säkerställa att dessa är kända och går att följa. Inget av de granskade verksamhetsområdena har fastställt verksamhetens processer med tillhörande aktiviteter och det finns inga aktuella, dokumenterade beskrivningar av dessa. I granskningen har inte framkommit att det finns ett fastlagt, systematiskt arbetssätt för att säkerställa att de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten identifieras och tas fram. Sjukhuset har fastställda rutiner för utförande av vård, kontroll av medicinteknisk utrustning, vårdhygien etc. Alla rutiner finns samlade i sjukhusets dokumenthanteringssystem. För varje rutin finns ett sista giltighetsdatum och en dokumentägare som ansvarar för att hålla rutinen uppdaterad inom tidsgränsen.

Systematiskt förbättringsarbete

Socialstyrelsen föreskrifter stadgar att vårdgivaren ska arbeta med systematiskt förbättringsarbete. I detta ingår att arbeta förebyggande med riskanalyser, utöva egenkontroll samt utreda avvikelser och inkomna klagomål och synpunkter. Utifrån detta ska ledningssystemets processer med tillhörande rutiner förbättras, om det i förbättringsarbetet framkommer att dessa brister.¹²

S:t Erik har en fastställd riktlinje som anger när och hur riskanalyser ska genomföras samt ansvaret för att riktlinjen följs. Sjukhuset har också en riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbete som lägger fast ansvar och arbetssätt för avvikelshantering.

¹⁰ SOSFS 2011:9 4 kap. 2-4§§

¹¹ SOSFS 2011:9 7 kap. 1§, Socialstyrelsen *Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)*.

¹² SOSFS 2011:9 5 kap.

Sjukhuset har nyligen fastställt en riktlinje för hantering av synpunkter och klagomål på vården, vilken lägger fast ansvar för att ta emot och besvara samt sammanställa inkomna klagomål inklusive ärenden från inspektionen för vård och omsorg och patientnämnden.

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Enligt Socialstyrelsen kan det exempelvis handla om att använda sig av kvalitetsregister och jämförelser med andra verksamheter, utveckling av resultat över tid eller journalgranskning.¹³ I sjukhusets övergripande riktlinje beskrivs vad egenkontroll kan innefatta, men det konkretiseras inte närmare hur S:t Eriks arbete med egenkontroll ska bedrivas.

Sjukhusledningen följer främst upp sjukhusets kvalitet utifrån de kvalitetsindikatorer som finns i sjukhusets vårdavtal med hälso- och sjukvårdsnämnden. Indikatorerna följs upp månadsvis och redovisas för verksamhetsområdena och sjukhusets ledningsgrupp. Verksamhetsområdena följer även upp och analyserar resultat och kvalitet genom olika kvalitetsregister. De granskade verksamhetsområdena arbetar på olika sätt. Ett av verksamhetsområdena följer upp nyckeltal månadsvis och diskuterar resultaten i ledningsgrupp och på arbetsplatsträffar. Det andra verksamhetsområdet har ingen rutin för när uppföljning ska göras, men har registeransvariga som bevakar utvecklingen och som kan rapportera resultat vid arbetsplatsträffar om de ser behov av att ta upp någon fråga. Det varierar även om verksamhetsområdena tar fram och följer upp egna kvalitetsmål, utöver de som ingår i sjukhusavtalet.

Sjukhuset har nyligen antagit en riktlinje avseende journalgranskning. I denna framgår att verksamhetscheferna ansvarar för att regelbundna granskningar äger rum och att handlingsplaner upprättas och genomförs utifrån resultaten av granskningarna. Journalgranskning av läkemedelsförskrivning görs regelbundet, då läkemedelsförskrivning ingår i sjukhusets kvalitetsindikatorer. Utöver detta har de granskade verksamhetsområdena inga fastlagda rutiner för journalgranskning och journalgranskning genomförs inte regelbundet.

Egenkontrollen innefattar att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.¹⁴ Det finns kontroller av att vissa enskilda rutiner följs. De granskade verksamhetsområdena har ingen sammanställning över kontrollerna för att följa upp att alla kontroller görs. Det finns inte dokumenterat hur sjukhuset arbetar för att följa upp verksamheten till ledningssystemet, varken på central nivå eller för de granskade verksamhetsområdena.

¹³ SOSFS 2011:9 5 kap. 2§

¹⁴ Socialstyrelsen *Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)*

Det sker ingen central uppföljning av verksamhetsområdenas arbete med egenkontroller eller hur arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten är organiserat och bedrivs inom verksamhetsområdena.

Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhusets ledning bör förtydliga ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete avseende beskrivningen av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och egenkontroller. Detta för att säkerställa efterlevnaden av Socialstyrelsens föreskrift och därmed systematiken i kvalitetsarbetet.

Revisionen bedömer att S:t Eriks ögonsjukhus inte fullt ut följer Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsledningsarbete, i och med att verksamhetens processer inte är beskrivna och fastställda. Sjukhuset har samlat sina rutiner i ett dokumenthanteringssystem. Revisionen bedömer att sjukhuset har säkerställt ett tydligt ansvar för att hålla rutinerna uppdaterade, men att ett systematiskt arbetssätt för att identifiera vilka rutiner som behövs saknas. Risk finns därför att rutiner inte utvecklas i den utsträckning som är önskvärt eller att utvecklingsområden för ökad kvalitet förbises.

Avseende systematiskt förbättringsarbete bedömer revisionen att sjukhuset bör förtydliga vad arbetet med egenkontroll ska omfatta och hur det ska bedrivas samt hur ansvaret är fördelat i organisationen. Detta gäller även hur följsamhet till ledningssystemet ska följas upp och dokumenteras. Revisionen uppfattar att sjukhusets riktlinje för journalgranskning inte är känd och implementerad i verksamheten, vilket kan bero på att den nyligen fastställts. Vidare menar revisionen att det kan förtydligas vilket ansvar som åligger sjukhuset centralt avseende uppföljning av verksamhetsområdenas egenkontroller och systematiska kvalitetsutvecklingsarbete.

Rekommendationer:

- Ledningen bör identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.
- Ledningen bör, i kvalitetsledningssystemet, förtydliga ansvaret för egenkontrollen samt vad arbetet med egenkontroller omfattar och hur det ska bedrivas.

3.4 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 riskanalys och internkontrollplan

Styrelsen har fastställt en för året aktuell plan för intern kontroll upprättad utifrån en av ledningen genomförd risk- och väsentlighetsanalys. Bolagsledningen har uppdaterat riskanalysen inför delårsrapporteringen, varpå flera risker från internkontrollplanen har tagits bort och nya risker har tillkommit. Revisionen har tidigare påpekat att S:t Eriks ögonsjukhus bör utveckla sin dokumentation av risker som har omvärderats eller omhändertagits, i syfte att säkerställa transparensen och spårbarheten över tid. Av uppföljningen framgår att vissa risker har omhändertagits, men på vilket sätt framgår inte. Samtliga borttagna risker kommenteras inte. Revisionen bedömer att dokumentationen av omhändertagna risker fortsatt kan utvecklas.

3.5 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

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

Den auktoriserade revisorn har utan väsentliga iakttagelser granskat ledningsnära kostnader och representation, it-system, hantering av skatter och avgifter, bokslutsprocess samt hantering av externa projektmedel.

Den auktoriserade revisorn har även granskat lagerredovisning. S:t Erik redovisar inte in- och utleveranser löpande utan genomför en fullständig inventering i samband med bokslut. Rutinerna kring lagerredovisningen skulle kunna effektiviseras med ett lagerredovisningssystem som kontinuerligt uppdateras.

3.6 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

4 Räkenskaper

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

Granskningen av räkenskaperna har genomförts av den auktoriserade revisorn.

4.1 Årsredovisningen

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

4.2 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Den auktoriserade revisorn har granskat intäktsprocessen, personalkostnader, upplupna personalrelaterade kostnader, pensioner och investeringar utan väsentliga iakttagelser.

4.3 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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



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

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2022

S:t Eriks Ögonsjukhus AB

Inköp och upphandling


Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29971 Från rapport 2015 Årsrapport Tidigare ID 787	Styrelsen bör säkerställa att åtgärder vidtas för en tillräcklig styrning och intern kontroll av rutiner kring upphandling för att undvika otillåtna direktupphandlingar och bättre utnyttja konkurrensen.	●	ÅR 2022 Ledningen har uppdaterat sjukhusets riktlinje för direktupphandlingar 2021. Behörighet att göra direktupphandlingar har begränsats till ett fåtal funktioner. Köp utanför ramavtal ska godkännas av överordnad chef och vid väsentliga belopp hanteras av inköpsfunktionen. Uppföljning av transaktioner som riskerar att vara otillåtna köp genomförs. Sjukhuset har därmed skärpt sina rutiner runt inköp och upphandling. För flertalet stickprov av direktupphandlingar gjorda 2021–2022 saknas dock dokumentation. Ledningen bör vidareutveckla kontrollerna, se rekommendation 94234.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
37279 Från rapport 2019 Årsrapport	Styrelsen bör i hållbarhetsrapporten •beskriva hur efterlevnad till olika styrande dokument ska följas upp, •redovisa resultatindikatorer för relevanta områden, •i riskanalys beskriva vem som är riskägare och redovisa riskvärderingar.	●	ÅR 2022 Uppföljningen visar att bolaget har beaktat delar av rekommendationen. Rekommendationen är delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Övriga

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29976 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1134	Styrelsen bör säkerställa att protokollen, för att uppfylla kraven i ägarpolicy, konsekvent och tydligt anger vilka underlag som funnits för respektive ärende.		ÅR 2022 I styrelsehandlingarna 2022 finns skriftligt beslutsunderlag och tydliga hänvisningar till dessa för samtliga beslutsärenden utom ett. Rekommendationen är i huvudsak uppfylld.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

S:t Eriks Ögonsjukhus AB

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29973 Från rapport 2016 Årsrapport Tidigare ID 1013	Ledningen bör utforma rutiner som säkerställer att direktupphandlingar över 100 000 kronor dokumenteras.	●	ÅR 2022 Ledningen har uppdaterat sjukhusets riktlinje för direktupphandlingar 2021, där kraven på dokumentation framgår. Granskning av direktupphandlingar gjorda 2021–2022 visar dock att dokumentation saknas för flertalet direktupphandlingar i genomfört stickprov. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
94233 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det finns en processbeskrivning för genomförande av upphandling och förnyad konkurrensutsättning.	–	
94234 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa rutinmässiga kontroller av att upphandlingar och direktupphandlingar genomförs och dokumenteras i enlighet med fastslagna styrdokument.	–	
94839 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för S:t Erik bör säkerställa att syftet med inköp gjorda med betalkort beskrivs och att kvitto alltid bifogas transaktionerna i enlighet med gällande rutiner.	–	

Regionrevisorerna

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77170 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att bisysslor anmäls i enlighet med gällande riktlinjer.	–	
77172 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att översyn och gallring sker av anställdas bisysslor som inte längre är aktuella.	●	ÅR 2022 Tidigare granskning visade att det fanns äldre, inte längre aktuella bisysslor anmälda på pappersblankett som inte gallrats. Möjligheten att anmäla bisyssla på blankett är numera borttagen. Av bolagets riktlinje framgår att arbetsgivaren ska fråga medarbetaren om bisysslor vid medarbetarsamtalet och att dessa ska anmälas/uppdateras i Heroma.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
46764 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen bör dels med regelbundenhet stickprovsgranska logglistor från leverantörsregister, dels kontakta leverantören av leverantörskontraregistreret för att undersöka möjligheterna av tydligare logglistor.	●	Delår 2022 Uppföljningen visar att bolaget har påbörjat arbete med en rutin för logglistor. En rutin ska utarbetas tillsammans med systemförvaltningen och ekonomi. Rutinen finns dock ännu inte på plats.
84437 Från rapport 2022 Delrapport	Ledningen bör säkerställa att kostnader bokas i korrekt period.	●	ÅR 2022 Granskning av årsbokslut gjord utan anmärkning i detta avseende. Tidigare fel är korrigerat.

Regionrevisorerna

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
74846 Från rapport 2021/06 Projektrapport	Ledningen för S:t Eriks Ögonsjukhus behöver säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategisk planering.	●	ÅR 2022 Bolaget har utarbetat en långsiktig kompetensförsörjningsplan med handlingsplan för åren 2022–2027.
97064 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen bör identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.	—	
97065 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen bör, i kvalitetsledningssystemet, förtydliga ansvaret för egenkontrollen samt vad arbetet med egenkontroller omfattar och hur det ska bedrivas.	—	

Övriga

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29981 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1284	Ledningen bör säkerställa att registerförteckningen uppfyller kraven i dataskyddsförordningen.	●	ÅR 2022 Bolaget för, i enlighet med dataskyddsförordningen artikel 30 p.1, en registerförteckning över behandlingar av personuppgifter.

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