

Årsrapport 2023

# S:t Eriks Ögonsjukhus AB

Styrelsen  
S:t Eriks ögonsjukhus AB

**Årsrapport 2023**  
**S:t Eriks ögonsjukhus AB**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2024-04-09 att överlämna rapporten till styrelsen för S:t Eriks ögonsjukhus AB för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2024-08-31.

Annika Sandström  
ordförande

Karelia Pagan  
sekreterare

## Sammanfattning – S:t Eriks ögonsjukhus 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 2023

	Tillfreds- ställande	Inte helt tillfreds- ställande	Otillfreds- ställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	<b>X</b>		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	<b>X</b>		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	<b>X</b>		

### Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 5,4 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 0,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts fullt ut, men konstaterar samtidigt att avvikelsen är marginell i förhållande till omsättningen.

Styrelsen uppfyller nio av elva mål fastställda av regionfullmäktige. Förutom en ekonomi i balans, uppfyller inte styrelsen målet om attraktiv arbetsgivare. Vårdproduktionen ligger lägre än budgeterade nivåer. Sjukhusledningen har påbörjat ett arbete med att effektivisera vårdproduktionen. 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 om sjukhuset har vidtagit åtgärder för att motverka kränkande särbehandling. Granskningen visar att åtgärder har påbörjats och revisionen bedömer att det är viktigt att dessa vidareutvecklas under kommande år. Revisionen har även granskat systematiskt innovationsarbete och rekommenderar sjukhusledningen att förtydliga hur det systematiska innovationsarbetet ska organiseras och integreras i ordinarie verksamhetsstyrning.

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

Sammanfattning – S:t Eriks ögonsjukhus AB .....	2
1. Årlig granskning .....	5
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat.....	5
2.1. Ekonomiskt resultat.....	6
2.1.1. Resultat 2023 .....	6
2.1.2. Jämförelse med budget 2023.....	6
2.1.3. Bedömning av ekonomiskt resultat.....	7
2.2. Verksamhetsmässigt resultat .....	7
2.2.1. Måluppfyllelse .....	7
2.2.2. Produktion.....	7
2.2.3. Bedömning av verksamhetsmässigt resultat.....	7
3. Intern styrning och kontroll.....	8
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....	8
3.2. Arbete mot kränkande särbehandling .....	8
3.3. Systematiskt innovationsarbete.....	10
3.4. Avrapporterade granskningar i delrapport .....	11
3.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser .....	11
3.6. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	11
4. Räkenskaper.....	12
4.1. Årsredovisningen .....	12
4.2. 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. Bolaget ska bedriva klinisk forskning inom ögonsjukvård och, i samråd med ägaren och Karolinska Institutet, utvecklas till ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt centrum inom forskning och inom ögonsjukvården. Vidare ska bolaget bedriva klinisk utbildning. Bolaget ska, i samverkan med andra vårdgivare, utarbeta samordnade vårdprocesser i syfte att säkerställa att patientens väg genom vården är säker, enkel och på mest effektiva vårdnivå.

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 biträtts 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 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.

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 2023	Bokslut 2023	Bokslut 2022
<b>Resultaträkning (mnkr)</b>			
Verksamhetens intäkter	809	808,5	757
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 802	-803,1	-727
<b>Resultat före bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>7</b>	<b>5,4</b>	<b>30</b>
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-5,2	-38
<b>Resultat efter bokslutsdisposition och skatt</b>	<b>7</b>	<b>0,2</b>	<b>8</b>
Balansomslutning (mnkr)	-	854	807
Årsarbetare (antal)	433	449	426

### 2.1.1. Resultat 2023

Styrelsens resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till 5,4 mnkr. Detta är 1,6 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 0,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans inte uppnåtts.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen lämnar bolaget ett koncernbidrag på 5,2 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till 0,2 mnkr.

Styrelsen har i enlighet med fullmäktiges budget för 2023<sup>1</sup> erhållit kompensation för tillfälligt höjda pensionskostnader på 42,3 mkr, vilket ökat såväl verksamhetens intäkter som kostnader jämfört med året innan.

### 2.1.2. Jämförelse med budget 2023

Verksamhetens intäkter uppgår till 808 mnkr, vilket är 1 mnkr (0,1 procent) lägre än budgeterat. Intäkterna för såld hälso- och sjukvård understiger budgeten med ca 9 mnkr, varav hälso- och sjukvård inom regionen ligger 17,5 mnkr under budget medan utomlänsvård ligger ca 8 mnkr över budget. Sjukhusets övriga intäkter överstiger budget med ca 8 mnkr.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 748 mnkr, vilket är 22 mnkr (ca 3,1 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är ca 38 mnkr hänförligt till personalkostnader. De högre personalkostnaderna beror

<sup>1</sup> RS 2022-0123

bl.a. på högre pensionskostnader än budgeterat. Lönekostnaderna är högre än budgeterat pga. antalet anställda har ökat mer än budget. Bl.a. har bemanningen inom vårduppslaget för nationell högspecialiserad vård förstärkts. Kostnaderna för verksamhetsanknutna tjänster överstiger budget med ca 5 mnkr. Materialkostnaderna och övriga kostnader understiger budget med ca 22 mnkr.

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

### **2.1.3. Bedömning av ekonomiskt resultat**

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts i och med att resultatet underskrider resultatkravet. Den negativa avvikelsen är marginell i förhållande till omsättningen (0,2 procent). Revisionen bedömer därmed att det ekonomiska resultatet är tillfredsställande.

## **2.2. Verksamhetsmässigt resultat**

### **2.2.1. Måluppfyllelse**

Bolaget berörs av 11 av fullmäktiges mål, vilket innebär sammanlagt 30 indikatorer. Bolaget uppfyller inte två av målen – ett resultat i balans och attraktiv arbetsgivare.

För målet attraktiv arbetsgivare uppnår sjukhuset tre av sju indikatorer. Sjukhuset uppnår inte fullmäktige målnivåer avseende personalomsättning, sjukfrånvaro, motivation och kränkande särbehandling. Sjukhuset har inlett ett arbete med att vidareutveckla chef- och ledarskapet samt motverka kränkande särbehandling (se vidare 3.2).

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

### **2.2.2. Produktion**

Produktionen har varit ca 7 procent lägre än budget för öppenvård och ca 20 procent lägre än budget för slutenvård. I jämförelse med föregående år har öppenvårdsproduktionen ökat något medan slutenvårdsproduktionen har minskat med 11 procent. Svårigheter att rekrytera samt minskad inhyrning av personal har bidragit till att produktionen ligger under budget.

För att säkerställa en ökad vårdproduktion har sjukhusledningen under 2023 påbörjat ett arbete med att identifiera och vidta åtgärder för att effektivisera vårdproduktionen. Åtgärderna omfattar effektivare schemaläggning av operationer och mottagningsverksamhet samt en översyn av vilka undersökningar och behandlingar som erbjuds inom samtliga subspecialiteter för en effektivare resursanvändning.

Produktiviteten, beräknat som kostnad per DRG-poäng, har enligt styrelsens beräkningar minskat med ca 10 procent jämfört med föregående år. Justerat för inflation är minskningen ca 2 procent.

### **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 samt åtgärder för att öka produktionen och produktiviteten.



### **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 regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3. Granskningen har genomförts av revisionskontoret och auktoriserad revisor.

#### **3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning**

Bolaget har i delrapporten för 2023 prognostiserat årets resultat till 13,6 mnkr. Resultatet för helåret blev 8,2 mnkr lägre än prognosen i delårsrapporten. Detta beror, enligt bolagets rapportering, till stor del på att pensionskostnaderna blev högre än prognostiserat.

Styrelsen har erhållit rapportering om ekonomi och produktion vid varje ordinarie styrelsemöte under 2023. Eftersom styrelsen prognostiserade att klara resultatkravet 2023, har inte styrelsen varit ålagd att upprätta en åtgärdsplan. I delårs- och årsrapporten framgår dock att bolaget har vidtagit ett antal åtgärder för att effektivisera verksamheten (se 2.2.2). Av rapporteringen till styrelsen framgår inte vilka effekter som förväntas eller hur arbetet med åtgärderna har fortskridit under 2023.

I december 2023 beslutade styrelsen om verksamhetsplan för 2024. I denna framgår att sjukhuset, för att uppnå resultatkravet 2024, ska iaktta en allmän återhållsamhet i köp av varor och tjänster samt en god produktionsplanering. Åtgärderna preciseras inte närmare. Vidare framgår att möjligheten att uppnå resultatkravet är beroende av förmågan att behålla och rekrytera högspecialiserad personal.

I granskningen framkommer att det arbete som påbörjats under 2023 med att vidta åtgärder för ökad effektivitet i produktionen kommer att fortsätta och vidareutvecklas under 2024. Bland annat har formerna för uppföljningen av åtgärderna förtydligats. En mall för rapportering har tagits fram, vilken ska användas för uppföljning i den ordinarie verksamhetsuppföljningen 2024.

#### **Bedömning**

På övergripande nivå följer styrelsen regelbundet upp sjukhusets ekonomi och verksamhet. Revisionen noterar att sjukhusledningen har påbörjat ett arbete med att effektivisera produktionen, men att beskrivningen av åtgärderna är mycket kortfattad i styrelsens rapportering. Styrelsen kan med fördel utveckla sin uppföljning av vidtagna åtgärder.

#### **3.2. Arbete mot kränkande särbehandling**

S:t Eriks ögonsjukhus har under de senaste åren inte uppnått fullmäktiges mål avseende kränkande särbehandling. Enligt fullmäktiges mål ska max sju procent av medarbetarna ha utsatts för kränkande särbehandling. S:t Eriks ögonsjukhus utfall enligt medarbetarenkät 2023 är 10 procent, vilket är något lägre än tidigare år (2022: 11 procent; 2021 12 procent) men fortfarande högre än fullmäktiges mål. Revisionen har därför granskat om sjukhuset har vidtagit åtgärder för att motverka kränkande särbehandling.

Enligt arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö<sup>2</sup> ska arbetsgivaren se till att chefer och arbetsledare har kunskaper om hur kränkande särbehandling kan förebyggas och hanteras. Samtliga chefer och fackliga ombud har under 2022-2023 genomgått en av sjukhuset organiserad kurs i organisatorisk och social arbetsmiljö med fokus på hur konflikter och kränkningar kan förebyggas. Föreläsningar med olika teman som rör arbetsmiljö har under 2022-2023 anordnats för samtliga medarbetare.

I arbetsmiljöverkets föreskrift framgår vidare att arbetsgivaren ska vidta åtgärder för att motverka förhållanden i arbetsmiljön som kan ge upphov till kränkande särbehandling.

Sjukhuset arbetar med att ta fram en handlingsplan för hälsosamma arbetsplatser. En arbetsgrupp som ska arbeta med att ta fram konkreta åtgärder för förbättrad arbetsmiljö, inklusive åtgärder mot kränkande särbehandling, har bildats. Arbetsgruppen är sjukhusövergripande och alla sjukhusets verksamheter är representerade. Arbetet i gruppen påbörjades under hösten 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

Under 2023 upphandlade sjukhuset ett chef- och ledarskapsprogram anpassat för S:t Erik. Detta för att stärka chef- och ledarskapet i verksamheterna, bl.a. i syfte att bättre kunna hantera och förebygga problem i den psykosociala arbetsmiljön. Ledarskapsprogrammet är obligatoriskt för alla chefer.

En enhet inom sjukhuset har genomfört en kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö i samarbete med företagshälsovården. Styrelsen beslutade i december 2023 om verksamhetsplan för 2024, inklusive riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö<sup>3</sup>. Bland S:t Eriks prioriterade åtgärder finns kartläggningar av organisatorisk och social arbetsmiljö för att minska andelen medarbetare som upplever sig kränkta.

Sjukhusledningen har även förtydligat att resultatet från verksamheternas skyddsronder ska delges HR-avdelningen. Detta för att kunna identifiera eventuella behov av sjukhusövergripande åtgärder.

Arbetsmiljöverkets föreskrift lägger fast att arbetsgivaren ska se till att det finns rutiner för hur kränkande särbehandling ska hanteras. S:t Eriks ögonsjukhus ska följa regionens riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier<sup>4</sup>. Riktlinjen lägger bl.a. fast chefens ansvar för att klargöra vad som räknas som oacceptabla beteenden, att sådana beteenden inte får förekomma och skyndsamt vidta åtgärder om oacceptabla beteenden förekommer. Ingen särskild uppföljning av om cheferna följer riktlinjen har genomförts av sjukhusledningen. Ansvar för att följa upp om riktlinjen efterlevs följer linjeansvaret. Under hösten 2023 påbörjade S:t Erik ett arbete med att ta fram en lokal rutin och checklista för anmälan av kränkande särbehandling som utgår från regionens riktlinje. Rutinen har fastställts i januari 2024 ska implementeras under 2024.

<sup>2</sup> AFS 2015:4

<sup>3</sup> RS 2023-0160, RS 2023-0710 Regionstyrelsen har avsatt medel 2024 för att nämnder och bolag ska arbeta aktivt och systematiskt med den fysiska, sociala och organisatoriska arbetsmiljön, med utgångspunkt i Regions Stockholms styrande dokument.

<sup>4</sup> RS 2019-0446

## Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhusledningen har vidtagit åtgärder i syfte att säkerställa att chefer och ledare har kunskaper om hur kränkande särbehandling kan förebyggas och hanteras.

Sjukhusledningen har under 2023 påbörjat ett arbete, som fortsätter under 2024, med att skapa tydligare strukturer i arbetet med att motverka förhållanden i arbetsmiljön som kan ge upphov till kränkande särbehandling. Det är dock för tidigt att se vilken effekt åtgärderna får.

Revisionen konstaterar att sjukhuset under 2023 har arbetat med att ta fram en rutin för att konkretisera regionens riktlinje. Revisionen menar att det är viktigt att rutinen implementeras så snart som möjligt och att följsamhet till rutinen följs upp.

### 3.3. Systematiskt innovationsarbete

Revisionskontoret granskat hur S:t Erik säkerställer ett systematiskt innovationsarbete i enlighet med fullmäktiges mål. Enligt regionens innovationsstrategi ansvarar samtliga verksamheter för att bedriva utveckling med fokus på innovation som skapar nytta. Varje nämnd och bolag ansvarar för att bedriva utveckling med hjälp av innovation inom sina uppdrag. Det systematiska innovationsarbetet ska vara integrerat i den ordinarie verksamhetsstyrningen.

Sjukhuset har under 2023 påbörjat ett arbete med att skapa strukturer och systematik i innovationsarbetet. Under 2023 har ett innovationsråd med representanter från sjukhusets verksamheter inrättats och en innovationsledare, som leder innovationsrådet, har utsetts. Innovationsrådet ska öka medvetenheten bland sjukhusets medarbetare om vad innovationer kan vara och hur verksamheterna kan arbeta med innovationer.

I granskningen framkommer att sjukhuset tidigare inte har arbetat systematiskt med innovationer och att innovationsrådets arbete under 2023 i hög utsträckning har handlat om att bygga upp kunskap om hur systematiskt innovationsarbete kan bedrivas. Innovationsrådet har bl.a. träffat företrädare från andra sjukhus i Region Stockholm för att ta del av deras erfarenheter av innovationsfrågor. Vidare framkommer att arbetet med att skapa strukturer för innovationsarbetet delvis har avstannat, i väntan på att de organisationsförändringar som sjukhuset planerar 2024, ska genomföras.

Enligt regionens innovationsstrategi ska verksamheterna avsätta medel för det innovationsstöd som verksamheten behöver, i samband med framtagandet av budget- och verksamhetsplan. I granskningen framkommer att innovationsarbete inte diskuteras i verksamhetsplaneringen och att det inte finns medel avsatta för innovationer i sjukhusets verksamhetsplan. Om medel för innovationer behövs söks i första hand externa medel, exempelvis från innovationsfonden. I innovationsrådets uppgifter ingår att informera om vilka medel som går att söka och att vara ett stöd vid ansökningar. Under 2023 har innovationsrådet varit behjälpligt med tre ansökningar till innovationsfonden.

Det regionala ALF-avtalet lägger fast att forskningens resultat ska komma patienter till nytta genom en effektiv innovationsprocess. Vidare ska forskningsresultat ges goda förutsättningar att leda till praktisk tillämpning i hälso- och sjukvården genom en väl utvecklad innovationsprocess. I granskningen framkommer att innovationsfrågor inte

har stått i fokus i sjukhusets arbete med forskning. Den struktur för innovationer som påbörjats under 2023 är separat från forskningsverksamheten.

Enligt regionens innovationsstrategi ska medarbetare kompetensutvecklas och löpande få information om de möjligheter som innovation innebär för att höja innovationsförmågan och innovationsmognaden. Innovationsrådets medlemmar ska informera sjukhusets olika verksamheter om hur innovationsarbete kan bedrivas. Vilken kompetensutveckling rådets medlemmar behöver för att kunna fullgöra detta är ännu inte helt fastställt. Vidare lägger innovationsstrategin fast att arbetet med kompetensutvecklingen bl.a. kan bedrivas i samarbete med universitet och högskolor. Sjukhuset har ingen konkret plan för hur samarbete med högskolor skulle kunna utvecklas.

### **Bedömning**

Det är positivt att sjukhuset har påbörjat ett arbete med att skapa strukturer och systematik i innovationsarbetet. Enligt revisionen bedömning är inte innovationsarbetet integrerat i den ordinarie verksamhetsstyrning i enlighet med intentionerna i fullmäktiges innovationsstrategi. Exempelvis behöver kopplingen mellan det systematiska innovationsarbetet och verksamhetsplaneringen stärkas. Vidare menar revisionen att det är oklart hur det systematiska innovationsarbetet och forskningsverksamheten ska förhålla sig till varandra.

### **Rekommendation**

- Ledningen bör förtydliga hur det systematiska innovationsarbetet ska organiseras och integreras i ordinarie verksamhetsstyrning.

## **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 dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys. Inför delrapporteringen uppdaterade bolagsledningen riskanalysen, varpå två risker togs bort och en åtgärd förlängdes. Av uppföljning framgår inte hur riskerna har omhändertagits. Revisionen menar att sjukhuset bör utveckla sin dokumentation av risker som har omvärderats eller omhändertagits, i syfte att säkerställa transparensen och spårbarheten över tid.

## **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 ekonomistyrning, hållbarhetsrapportering, ledningsnära kostnader och representation, lönerutiner och investeringsrutiner.

## **3.6. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer**

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. I rekommendationsbilagorna till styrelse respektive ledning 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. 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.regionstockholm.se](http://www.regionstockholm.se). Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till [regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se](mailto:regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se).

**Postadress:** Box 22230, 104 22 Stockholm

**Besöksadress:** Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)

**Telefon:** 08-737 25 00

**E-post:** [regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se](mailto:regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se)


**Hemsida:** [www.regionstockholm.se](http://www.regionstockholm.se)

Regionrevisorerna

**Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2023**

S:t Eriks Ögonsjukhus AB

**Räkenskaper**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
37279 <b>Från rapport</b> 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.		<b>ÅR 2023</b> Hållbarhetsredovisningen bedöms uppfylla de krav som årsredovisningslagen ställer.

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till ledning – ÅR 2023

S:t Eriks Ögonsjukhus AB

### Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29973 <b>Från rapport</b> 2016 Årsrapport <b>Tidigare ID</b> 1013	Ledningen bör utforma rutiner som säkerställer att direktupphandlingar över 100 000 kronor dokumenteras.	●	<b>ÅR 2022</b> 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 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det finns en processbeskrivning för genomförande av upphandling och förnyad konkurrensutsättning.	–	
94234 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa rutinmässiga kontroller av att upphandlingar och direktupphandlingar genomförs och dokumenteras i enlighet med fastslagna styrdokument.	–	
94839 <b>Från rapport</b> 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 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att bisysslor anmäls i enlighet med gällande riktlinjer.	●	<b>ÅR 2023</b> Bolaget har uppdaterat och förtydligat sin riktlinje för anmälan och hantering av bisysslor. HR skickar ut påminnelser till sjukhusets chefer om att ta upp bisysslor inför medarbetarsamtalen. Rekommendationen bedöms åtgärdad.
97064 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Ledningen bör identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.	●	<b>ÅR 2023</b> Sjukhusledningen har under 2023 omarbetat ledningssystemet för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete, bland annat i syfte att förtydliga ledningssystemets struktur. I det omarbetade ledningssystemet finns beskrivningar av sjukhusövergripande processer för arbete med systematisk kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Sjukhusets rutiner avseende vårdverksamheten finns i samlade i dokumenthanteringssystemet Canea. Rutinerna är sorterade utifrån övergripande processer, såsom "ta emot patient", "åtgärda och behandla" "följa upp och avsluta vårdtillfälle" etc. Det är också möjligt att sortera rutinerna utifrån sjukhusets olika verksamhetsområden eller utifrån specifika teman exempelvis läkemedelshantering. Rekommendationen bedöms i huvudsak vara uppfylld.
97065 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Ledningen bör, i kvalitetsledningssystemet, förtydliga ansvaret för egenkontrollen samt vad arbetet med egenkontroller omfattar och hur det ska bedrivas.	●	<b>ÅR 2023</b> Sjukhusledningen har under 2023 omarbetat ledningssystemet för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Syftet är att dels ge ledningssystemet en tydligare struktur, dels att förtydliga ansvaret för olika delar av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. I ledningssystemet har det förtydligats vad egenkontroll innebär och hur ansvaret för denna är fördelat i verksamheten. Rekommendationen bedöms i huvudsak vara uppfylld.

Regionrevisorerna

## Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
46764 <b>Från rapport</b> 2020 Delrapport	Ledningen bör dels med regelbundenhet stickprovsgranska logglistor från leverantörsregister, dels kontakta leverantören av leverantörskontraregistrert för att undersöka möjligheterna av tydligare logglistor.		<b>ÅR 2023</b> Sjukhusledningen har under 2023 påbörjat implementeringen av en ny rutin för logglistorna.

## Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119593 <b>Från rapport</b> 2023 Årsrapport	Ledningen bör förtydliga hur det systematiska innovationsarbetet ska organiseras och integreras i ordinarie verksamhetsstyrning.	—	

Regionrevisorerna

## **BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS- KRITERIER 2023**

### **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 är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.*

### **Intern styrning och kontroll**

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och

regelefterlevnad. Nämnden/styrelsen har säkerställt systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

### **Bedömningsmål:**

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.
2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.
3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.
4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en plan för intern kontroll, i enlighet med regionens fastställda regelverk, fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.
5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.
7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.
8. Nämnden/styrelsen har säkerställt en tillräcklig beredning av ärenden.
9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

### **Bedömningskriterier**

#### **Tillräcklig**

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

Regionrevisorerna

### **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 måste åtgärdas snarast.

*Kommentar: Bristerna är uppenbara och försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.*

## **Räkenskaper**

Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade 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 regionens regler och anvisningar.
2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

### **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: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.*