

# Årsrapport 2024

## Sjukhusstyrelse

### Ystad

Revisionskontoret

*Årsrapporten är ett utkast och inte en offentlig handling fram till dess att revisorskollegiet beslutar om revisionsberättelsen 2024. Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.*

# Innehållsförteckning

Revisionskontorets årsrapport .....	3
Revisionskriterier .....	4
Bedömningskala .....	5
Sammanfattning .....	6
INTERN KONTROLL.....	6
VERKSAMHET.....	6
EKONOMI.....	6
RÄKENSKAPER.....	6
Nämndens ansvarsområden.....	7
Granskning av nämndens interna kontroll .....	8
Granskning av nämndens verksamhet.....	10
Granskning av nämndens ekonomi .....	17
Granskning av räkenskaper .....	19

# Revisionskontorets årsrapport

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. I 12 kap 1 § kommunallagen (2017:725) anges att revisorernas uppgift är att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

I Revisionskontorets årsrapport sammanfattar yrkesrevisorn det gångna årets granskning av respektive nämnd. Syftet med rapporten är att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för sin lagstadgade prövning. Följande granskningsinsatser ligger till grund för upprättad årsrapport

- löpande genomgång av nämndens beslut och beslutsunderlag
- dialog med Region Skånes revisorer, nämndens presidium och berörd förvaltning,
- fördjupade granskningar och förstudier som genomförts under året
- analys och bedömning av granskningsresultat i förhållande till revisionskriterier

Fördjupade granskningar rapporteras i sin helhet i enskilda rapporter. Alla publikationer finns på Region Skånes revisorers hemsida <https://www.skane.se/politik-och-demokrati/revision/>.

Granskningen har utförts av Simon Homander, yrkesrevisor. Yrkesrevisorn har prövat sitt oberoende i enlighet med SKYREV:s rekommendation R2 och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen. George Smidlund, revisionsdirektör och certifierad kommunal revisor, har kvalitetssäkrat rapporten.

# Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar av granskningsresultatet. Revisionskriterier utgörs exempelvis av lagstiftning samt mål och andra beslut av fullmäktige. Nedan anges aktuella revisionskriterier per granskningsområde som tillämpas i denna rapport.

## Intern kontroll:

- 6 kap. 6 § Kommunallag (2017:725)
- Reglemente för god hushållning och intern kontroll inklusive tillämpningsanvisningar
- Anvisningar för systematisk intern kontroll i Region Skåne, RS 2024-02-08

## Verksamhet och ekonomi:

- 6 kap. Kommunallag (2017:725)
- Regionfullmäktiges mål, uppdrag och regionbidrag (Verksamhetsplan och budget 2024)
- Anvisningar för systematisk intern kontroll i Region Skåne, RS 2024-02-08
- Nämndens verksamhetsplan och internbudget 2024

## Räkenskaper:

- Kommunallag (2017:725) och Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning (RKR) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

## Bedömningskala

Nedan anges den bedömningskala som används för att tydliggöra granskningsresultatet i förhållande till angivna revisionskriterier. Begreppen (tillräcklig, ändamålsenlig och tillfredställande) är hämtade från kommunallagens 12:e kapitel där det anges vad revisorerna ska ta ställning till. Identifierade avvikelser anges i rapporten som *förbättringsområden* (att åtgärda). Vid väsentliga avvikelser kan revisorerna besluta om att skicka årsrapporten till nämnden för svar om hur åtgärder ska vidtas.

Tillräcklig intern kontroll  
Ändamålsenlig verksamhet  
Tillfredsställande ekonomi } Kriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Ingen/mindre avvikelser

Inte helt tillräcklig intern kontroll  
Inte helt ändamålsenlig verksamhet  
Inte helt tillfredställande ekonomi } Kriterierna inte helt uppfyllda. Avvikelser förekommer

Inte tillräcklig intern kontroll  
Inte ändamålsenlig verksamhet  
Inte tillfredställande ekonomi } Kriterierna inte uppfyllda. Väsentliga avvikelser

Räkenskaperna bedöms som i allt väsentligt rättvisande eller ej rättvisande.

# Sammanfattning

## INTERN KONTROLL

**Sjukhusstyrelsens interna kontroll bedöms sammanfattningsvis som tillräcklig. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Den övergripande granskningen av sjukhusstyrelsens arbete med riskanalys- och riskhanteringsplan påvisar en systematik som i huvudsak lever upp till instruktioner och riktlinjer för arbetet med intern kontroll.

## VERKSAMHET

**Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen ha skött verksamheten på ett inte helt ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Sjukhusstyrelsen har antagit en mängd mål som endast delvis utgörs av mål som har följts upp. Måluppfyllelsen är ur det perspektivet delvis svårbedömd. Nämnden bedöms dock ha bedrivit verksamheterna på ett sätt som i huvudsak ligger i linje med fullmäktiges övergripande mål och har tagit beslut för att utveckla verksamheten.

## EKONOMI

**Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen ha skött verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt inte helt tillfredställande sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Det ekonomiska resultatet av sjukhusstyrelsens verksamhet bedöms inte vara i enlighet med den inriktning som anges i fullmäktiges övergripande mål om en långsiktig stark ekonomi då sjukhusstyrelsen redovisar ett resultat på -106,7 miljoner kronor för verksamhetsåret 2024. Sjukhusstyrelsen bedöms i huvudsak ha tagit en aktiv roll i arbetet med uppföljning och åtgärder i ekonomin men vidtagna åtgärder har inte varit tillräckliga för att minska det underskott som har prognosticerats under året.

## RÄKENSKAPER

**Sammanfattningsvis bedöms räkenskaperna i allt väsentlig som rättvisande.**

# Nämndens ansvarsområden

Nämnden ansvarar för följande områden (urval):

- Styrelsen är driftledningsstyrelse för den somatiska sjukhusbaserade verksamheten som ingår i respektive sjukhusorganisation.
- Styrelsen ska utifrån lämnat regionbidrag fastställa en verksamhetsplan och internbudget.
- Styrelsen har ett övergripande ansvar för att verksamheternas resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet och ansvarar direkt inför fullmäktige. Styrelsen får besluta om verksamhetsförändringar inom respektive ansvarsområde under förutsättning att uppdraget uppfylls.
- Styrelsen ska årligen fastställa och följa upp den interna kontrollen enligt regionövergripande anvisningar samt rapportera resultatet från uppföljningen till regionstyrelsen.
- Styrelsen fastställer delårs- och verksamhetsberättelse för den egna verksamheten.

Driftledningsstyrelse för Lasarettet i Ystad, bedriver akut- och planerad hälso- och sjukvård, förlossningsvård och neonatala samvårdsplatser samt specialistsjukvård med verksamhet dygnet runt. På lasarettet finns akutmottagning för barn och vuxna, vårdavdelningar samt mottagningar inom flertalet medicinska specialiteter såsom ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi, öron-näsa-hals, barn- och ungdomsmedicin, neurologi, njurmedicin, lungmedicin, gastroenterologi, geriatrik, internmedicin och kardiologi.

# Granskning av nämndens interna kontroll

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *intern kontroll*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

<p>Upprättat riskanalys- och riskhanteringsplan</p>	<p><b>Uppfyllt</b> Sjukhusstyrelsen Ystad har antagit en riskanalys och riskhanteringsplan för året enligt regiongemensam mall.</p> <p>Planen innehåller totalt 14 riskområden varav 12 riskområden är aktiva och ska följas upp enligt plan för uppföljning.</p>
<p>Riskanalys och riskhanteringsplan innehåller:</p> <p><i>-Beskrivning av risker utifrån nämndens uppdrag</i></p> <p><i>-Bedömning av riskvärden</i></p> <p><i>-Beskrivningar och motiveringar till riskernas hanteringsmetod/-er</i></p> <p><i>-Beslut om uppföljning av riskerna</i></p>	<p><b>Uppfyllt</b> Sjukhusstyrelsen Ystads riskanalys och riskhanteringsplanen innehåller:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beskrivning av risker utifrån nämndens uppdrag</li> <li>- Bedömning av riskvärden</li> <li>- Beskrivningar och motiveringar till riskernas hanteringsmetod/-er</li> <li>- Beslut om uppföljning av riskerna</li> </ul> <p>Riskanalys och riskhanteringsplanen innehåller bedömda risker inom de fyra hanteringsnivåerna konstateras, bevakas, granskas och åtgärd.</p>
<p>Genomfört uppföljning</p> <p><i>-Resultat genomförd hantering</i></p> <p><i>-Förbättringsområden, vidare hanterings- och åtgärdsbehov</i></p> <p><i>-Motivering till slutligt riskvärde</i></p> <p><i>-Slutligt riskvärde</i></p>	<p><b>Uppfyllt</b> Sjukhusstyrelse Ystad har genomfört uppföljning 2024-09-27.</p> <p>Genomförd uppföljning innehåller:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultat genomförd hantering</li> <li>- Förbättringsområden, vidare hanterings- och åtgärdsbehov</li> <li>- Motivering till slutligt riskvärde</li> <li>- Slutligt riskvärde</li> </ul> <p>Av de totalt 12 aktiva riskerna har 10 risker oförändrade riskvärden och två riskvärden (gällande riskerna hyrstopp av sjuksköterskor och skärpta regler till dygnsvila) har risknivåerna sänkts med en grad.</p>
<p>Genomfört av riskanalys- och riskhanteringsplan</p>	<p><b>Uppfyllt</b> Uppföljning av genomförd riskhantering har rapporterats i enlighet med gällande instruktioner och riktlinjer för arbetet med intern kontroll.</p>
<p>Vidtagna åtgärder för att stärka den interna kontrollen</p>	<p><b>Uppfyllt</b> Efter genomförd riskhantering har förbättringsområden, vidare hanterings- och åtgärdsbehov identifierats för samtliga risker som har följts upp.</p>



**Sjukhusstyrelsens interna kontroll har granskats fördjupat inom ett område 2024. Nedan anges titel, bedömning samt iakttagelser och förbättringsområden.**

Granskning av direktupphandlingar – rapport nr 13 - 2024	<p><b>Ingen bedömning för SHS Ystad</b></p> <p>Syftet med granskningen har varit att bedöma om Region Skånes styrelser och nämnder har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att direktupphandlingar genomförs i enlighet med lagen om offentlig upphandling (LOU).</p> <p>Den övergripande bedömning är att Region Skånes styrelser och nämnder inte fullt ut har en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att direktupphandlingar genomförs enligt gällande regelverk. Den vanligaste bristen för de inköp som granskats är avsaknad av dokumentation och delegerat beslutsfattande.</p> <p>För sjukhusstyrelse Ystad har det inte varit möjligt att bedöma om det föreligger brister i styrelsens hantering av direktupphandlingar på grund av att inga stickprov identifierats vara relevanta för granskningen.</p>
--	--

## **Bedömning**

**Sjukhusstyrelsens interna kontroll bedöms sammanfattningsvis som tillräcklig. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Den övergripande granskningen av sjukhusstyrelsens arbete med riskanalys- och riskhanteringsplan påvisar en systematik som i huvudsak lever upp till instruktioner och riktlinjer för arbetet med intern kontroll.

# Granskning av nämndens verksamhet

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *verksamhet*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Upprättat verksamhetsplan	<p><b>Uppfyllt</b> Sjukhusstyrelsen Ystad har antagit en verksamhetsplan för 2024 som är upprättad i enlighet med inriktningen i Region Skånes verksamhetsplan och budget.</p>
<p>Genomfört uppföljning</p> <p><i>Nämnden har följt upp verksamheten genom: Månadsuppföljning mars, maj och oktober Delårsrapport Årsuppföljning</i></p>	<p><b>Uppfyllt</b> Enligt Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 ska samtliga nämnder och styrelser genomföra månadsuppföljningar med analys och prognos vid fyra tillfällen: mars, maj, augusti (sammanfaller med delårsrapport/verksamhetsberättelse) och oktober. Uppföljningen ska lämnas som ett informationsärende till styrelsen.</p> <p>Styrelsen har genomfört uppföljningar för mars, delår och oktober. Uppföljningen för maj har inte lämnats som ett informationsärende till styrelsen, utan fattats som ett ordförandebeslut på delegation. Detta då nämnden inte hade ett sammanträde mellan juni- och augusti när månadsrapporten för maj skulle föredras. Ärendet togs upp som delegationsbeslut 2024-09-27.</p>
Har vidtagit åtgärder	<p><b>Uppfyllt</b> Styrelsen har följt verksamheten och aktivt tagit nya beslut rörande handlingsplaner för en ekonomi i balans (se avsnitt ekonomi).</p>
Uppfyllt uppdrag i verksamhetsplan och budget	<p><b>Uppfyllt</b> Sjukhusstyrelsen förväntas arbeta med nedbrutna mål och aktiviteter med utgångspunkt i de uppdrag som tilldelats inom ramen för Region Skånes fem övergripande mål: Bättre liv och hälsa för fler, tillgänglighet och kvalitet, hållbar utveckling i hela Skåne, attraktiv arbetsgivare &amp; professionell verksamhet och långsiktigt stark ekonomi (se avsnitt ekonomi). I Region Skånes verksamhetsplan och budget har ett antal nytillkomna uppdrag som träffar Ystads sjukhusstyrelse tillkommit 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlägga befintligt utbud av hälsofrämjande insatser i Region Skåne och vid behov komplettera utbudet.</li> <li>• Alla verksamheter inom respektive sjukhusstyrelse och sjukvårdsnämnd ska där det är tillämpligt möjliggöra för invånarna att digitalt boka, omboka och avboka tid</li> <li>• Utredda hur en överflyttning kan ske från sjukresor till allmänna kollektivtrafiken för de som har möjlighet att resa med denna. Kollektivtrafiknämnden har huvudansvaret och uppdraget ska ske i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelserna.</li> </ul> <p>Lasarettet i Ystad bedriver akut- och planerad hälso- och sjukvård, förlossningsvård och neonatala samvårdsplatser samt specialistsjukvård med verksamhet dygnet runt. På lasarettet finns akutmottagning för barn och vuxna, vårdavdelningar samt</p>

	<p>mottagningar inom flertalet medicinska specialiteter såsom ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi, öron-näsa-hals, barn- och ungdomsmedicin, neurologi, njurmedicin, lungmedicin, gastroenterologi, geriatrik, internmedicin och kardiologi. I anslutning till akutmottagningen finns en öppenvårdsenhet för patienter med en beräknad vårdtid &lt;24 h.</p> <p>Sjukhusstyrelsen har arbetat enligt tidigare och nytillkomna uppdrag 2024 inom respektive målområde. Avseende nytillkomna uppdrag kan det särskilt lyftas fram att vården inom ramen för hälsofrämjande insatser bland annat arbetar med information kring hälsosamma levnadsvanor inom rehabiliteringsprofessionen, barn- och ungdomsmedicinmottagningen och som kartläggning och sekundärprevention inför och efter operationer. Inom ramen för arbetet med digitala bokningar har andelen verksamheter där det är tillämpligt, som erbjuder patienten att digitalt boka, omboka och avboka tid uppgått till 50% 2024 vilket är i enlighet med målvärdet. Avseende sjukresor leds uppdraget av kollektivtrafiknämnden, vilken under 2024 samarbetat med Hässleholms sjukhusstyrelse. Sjukhusstyrelse Ystad avvaktar i nuläget utfall av nämnda samarbete och noterar att uppdraget gäller även under 2025.</p>
Bedrivit verksamhet i enlighet med reglemente	<p><b>Uppfyllt</b></p> <p>Granskning av sjukhusstyrelsens handlingar visar att verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar och uppdrag som sjukhusstyrelsen har fått från regionfullmäktige i reglemente.</p>
Måluppfyllelse i enlighet med regionfullmäktiges mål:	<p><b>Inte helt uppfyllt</b></p> <p>En genomgående iakttagelse vad avser sjukhusstyrelsens mål är att det finns relativt sett många mål, varav en del inte är mätbara och/eller inte har mätts. Reflektioner kring genomförda aktiviteter utifrån målen förs i verksamhetsberättelsen, men vår bedömning är att det är svårt att uttala sig om måluppfyllelsen i de fall tydligt knutna indikatorer eller målvärden inte finns identifierade för målen.</p>
- Bättre liv och hälsa för fler	<p><b>Inte helt uppfyllt</b></p> <p>I verksamhetsplanen finns följande mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeta för omställningen till nära vård</li> <li>• Tillvarata patienter och anhörigas synpunkter för att utveckla och förbättra vården</li> <li>• Säkerställa barns rättigheter enligt barnkonventionen</li> <li>• Fortsätta arbetet med att införa de strukturer som stödjer magnetmodellen</li> </ul> <p>I verksamhetsberättelse följs indikatorer upp kopplat till: <i>Befolkningens uppfattning och patienternas upplevelse av hälso- och sjukvård ska förbättras.</i></p> <p>Mätningen avser akutmottagningar. En positiv förflyttning för samtliga indikatorer kan ses jämfört med senaste mätningen 2022, exempelvis vad avser helhetsintryck 81,2 % nöjdhet (76,1 % 2022), bemötande och respekt 85,5% (80 % 2022) samt emotionellt stöd 76,9 % (70% 2022).</p>

	<p>I verksamhetsberättelse omnämns även andra aktiviteter och mätningar som genomförts under året. Bland annat har en PPM (punktprevalensmätning) genomförts på ortopediavdelningen med gott resultat på delaktighet, en central del av arbetet med magnetmodellen. Inom gynekologimottagningen har en GAP-analys genomförts utifrån det kommande arbetet med magnetmodellen för att identifiera utvecklingsområden.</p> <p>I verksamhetsberättelse saknas en beskrivning av hur indikatorerna knyts till målen i verksamhetsplanen och vilken måluppfyllelse styrelsen har för respektive mål. Även om en positiv förskjutning kan ses för de indikatorer som följts, är måluppfyllelsen således svårbedömd.</p>
<p>- Tillgänglighet och kvalitet</p>	<p><b>Inte uppfyllt</b></p> <p>I verksamhetsplanen finns följande mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel väntande inom 90 dagar till första besök &gt; 95 %</li> <li>• Andel väntande inom 90 dagar till operation/åtgärd &gt; 95 %</li> <li>• Följsamhet till medicinskt måldatum för genomförda återbesök &gt; 88 %</li> <li>• Antalet öppna vårdplatser på lasarettet ska motsvara behovet</li> <li>• Patienter som söker akutsjukvård ska erhålla ett patientsäkert och effektivt omhändertagande</li> <li>• Utbudet av alternativa vårdformer ska öka</li> <li>• Användningen av standardiserade vårdplaner ska öka</li> <li>• Ny patientsäkerhetsorganisation och lasarettets ledningssystem för patientsäkerhet ska implementeras</li> <li>• Det regionala verktyget PPM Omvårdnad ska implementeras för att mäta omvårdnads kvalitet som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet</li> <li>• Verksamheten ska planeras utifrån patientens behov av rätt kompetens och kontinuitetsdriven vård.</li> <li>• Ett aktivt arbete i enlighet med ”choosing wisley” konceptet ska startas upp där respektive profession fokuserar på en värdeskapande vård för patienten</li> </ul> <p>I verksamhetsberättelse följs indikatorer upp kopplade till målen. Exempelvis kopplat till de tre första målen där målvärde finns identifierat. Vad avser andel väntande inom 90 dagar till första besök respektive andel väntande inom 90 dagar till operation/åtgärd är resultatet 2024 81,6 % respektive 40,1 %. För båda målvärdena är resultaten sämre än 2023. Särskilt stor är utvecklingen gällande väntande till operation/åtgärd där resultatet var 57 % 2023. Följsamhet till medicinskt måldatum för genomförda återbesök uppgår till 79,7 %.</p> <p>Vad avser målet om patientsäkert och effektivt omhändertagande i akutsjukvården beskrivs i verksamhetsberättelsen ett särskilt tufft år präglat av flera chefsbyten på kort tid, personalflykt av främst sjuksköterskor men även av undersköterskor, vilket har medfört ett</p>

	<p>stort antal vakanser. Parallellt infördes ett regionalt hyrstopp av sjuksköterskor och i slutet av våren genomförde Vårdförbundet konfliktåtgärder, i form av övertids-, mertids- och nyanställningsblockad samt strejk. För de kvalitetsindikatorer som följts för akutsjukvården ses ingen större påverkan vad avser tillgänglighet, dock ligger samtliga tre indikatorer långt ifrån det gemensamma målvärdet om 80 % (33,2, 43,4 respektive 44,3 %).</p> <p>För övriga mål beskriver verksamhetsberättelsen de aktiviteter som genomförts för respektive mål, där den generella bedömningen är att arbetet bedrivs enligt inriktning i målen. I avsaknad av mätbarhet för dessa mål är måluppfyllelsen dock svårbedömd.</p>
<p><i>- Hållbar utveckling i hela Skåne</i></p>	<p><b>Inte helt uppfyllt</b></p> <p>I verksamhetsplanen finns mål inom tre målområden: Klinisk forskning, digitalisering och miljö enligt följande:</p> <p>Klinisk forskning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Möjliggöra att medarbetare kan forska inom omvårdnad, medicin och rehabilitering, kombinerat med klinisk tjänstgöring</li> <li>• Utveckla en struktur för ett akademiskt ledarskap med syfte att främja och möjliggöra klinisk forskning samt långsiktiga karriärvägar för medarbetare</li> <li>• Främja integrering av forskningsresultat i klinik vilket leder till evidensbaserad vård och systematisk kvalitetsutveckling</li> <li>• Utveckla FoU-verksamhet med fokus på möjlighet till att bedriva forskning</li> </ul> <p>Digitalisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öka andelen digitala öppenvårdsbesök</li> <li>• Fortsatt införa e-tjänster</li> <li>• Möjliggöra för invånarna att digitalt boka, omboka och avboka sin tid</li> <li>• Förbereda inför implementeringen av SDV våren 2025</li> </ul> <p>Miljö:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minska mängden engångsmaterial och engångsprodukter</li> <li>• Minska mängden restavfall</li> <li>• Minska mängden energiförbrukning</li> <li>• Minska mängden matsvinn</li> <li>• Minska mängden läkemedelskassation</li> </ul> <p>I verksamhetsberättelse följs indikatorer upp för området digitalisering. Måluppfyllelsen för området digitalisering är god. Exempelvis är andelen enheter som erbjuder möjligheten att ”kontakta oss” via 1177 är nu 100 %, andelen verksamheter som erbjuder patienten bokning, ombokning och avbokning via 1177 uppnår målvärdet 50%. Förberedelserna inför införandet av SDV beskrivs vidare ha gått över förväntan, delar av planeringen har dock pausats i väntan på besked om driftstart.</p>

		<p>I verksamhetsberättelsen beskrivs vidare för området klinisk forskning att på grund av ekonomiska åtstramningar och bristande resurser har inte en FoU-verksamhet med fokus på möjlighet till att bedriva forskning kunnat utvecklas. Det beskrivs dock att verksamheter har deltagit i klinisk forskning.</p> <p>Inom miljöområdet har indikatorer följts för samtliga mål, och måluppfyllelsen är i allt väsentligt god och riktningen positiv, bortsett från en fortsatt ökning i mängden läkemedelskassation.</p>
- <i>Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet</i>	<b>Inte helt uppfyllt</b>	<p>I verksamhetsplanen finns följande mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeta för en hälsofrämjande arbetsmiljö</li> <li>• Erbjuda goda chefvillkor</li> <li>• Införa kompetens- och tjänstemodellen</li> <li>• Genomföra GAP-analyser utifrån magnetmodellens struktur samt fortsätta fokusera på ramverkets dragningskrafter</li> </ul> <p>I verksamhetsberättelse följs genomförda aktiviteter och de regiongemensamma KPI:erna inom personalområdet upp. Inga särskilda indikatorer knyts till respektive mål, men KPI:erna har i olika utsträckning bäring på sjukhusstyrelsens egna mål. Utifrån målen kan exempelvis måtten sjukfrånvaro, chefstäthet och personalrörlighet lyftas fram. Sjukfrånvaro har haft en positiv utveckling och uppgick till 4,4 % 2024 (4,9 % 2023). En viss ökning av antalet anställda per chef kan ses från 27 medarbetare per chef 2023 till 31 medarbetare per chef 2024, där personalomsättning på chefer har varit en utmaning under året. En liten ökning av personalrörlighet kan även ses från 13,5% 2023 till 14% 2024.</p>
Nämndens mål	<b>Inte helt uppfyllt</b>	<p>Som framgår av sammanställningen per mål saknas delvis en mätbarhet och uppföljning av beslutade mål. Måluppfyllelsen blir ur det perspektivet delvis svårbedömd. För de mål där en tydlig mätbarhet av beslutade mål finns en delvis måluppfyllelse.</p>

**Nämndens verksamhet har granskats fördjupat inom ett område 2024. Vidare har verksamheten belysts i en förstudie. Nedan anges titel, bedömning samt iakttagelser och förbättringsområden.**

Framtidens hälsosystem 2 – Nära vård som insatsområde inom framtidens hälsosystem	<b>Inte helt uppfyllt</b>	<p>Sironas samlade bedömning är att Region Skånes insatser inom området Nära vård inte är ändamålsenliga för att uppnå de målsättningarna som fastställts.</p> <p>Samverkan mellan regional primärvård och sjukhusansluten vård bedöms inte vara helt ändamålsenlig, där olika journalsystem försvårar informationsdelning. Vidare finns förutsättningar för ändamålsenlig samverkan med kommunal vård och omsorg, men det föreligger förbättringspotential avseende involvering av kommuner inom arbetet med Framtidens hälsosystem. På en övergripande nivå bedöms den</p>
---	---------------------------	--

	<p>politiska styrningen av insatsområdet inom ramen för Framtidens hälsosystem vara otydlig med behov av att klargöra vilket politiskt organ som har det huvudsakliga ansvaret för arbetet framåt, såväl som mandat för övriga styrelser och nämnder. Detta gäller särskilt rollerna för regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och sjukhusstyrelser. Sirona bedömer att aktuella ersättningsmodeller inom den somatiska vården inte stödjer Region Skånes målsättningar för en nära vård. Ekonomiska incitament för en ökad produktion inom det egna sjukhuset hindrar till viss del omställningen mot en nära vård och önskvärda förflyttningar.</p> <p>Sammantaget kan konstateras att utvecklingen i riktning mot en nära vård saknar ett samlat strategiskt grepp som innefattar hela hälso- och sjukvårdssystemet. Vällovligen projekt och verksamheter som införs inom ramen för nära vård riskerar att bli isolerade företeelser som har liten påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. De kan till och med riskera att öka kostnaderna för den samlade hälso- och sjukvården om motsvarande förändringar (kostnadsminskningar) inte görs i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Vårt intryck är att arbete som pågår för en bredare definition av den nära vården kan stärka arbetet, men det är angeläget att utvecklingen går "hand-i-hand" med den strategiska inriktningen inom ramen för Framtidens hälsosystem.</p> <p>Inga rekommendationer riktades till sjukhusstyrelsen.</p>
<p>Nya ersättningssystemet (förstudie)</p>	<p><b>Inte helt uppfyllt</b></p> <p>Sironas samlade bedömning är att de nya ersättningssystemen, som de fungerar idag, inte på ett helt ändamålsenligt sätt reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild. Vi bedömer vidare att det idag finns förbättringspotential i ersättningssystemens förmåga att förbättra patientflöden mellan den somatiska sjukhusvården och övriga vårdformer, liksom att öka verksamheternas produktivitet och effektivitet. Därutöver bedömer Sirona att ersättningssystemen inte är ändamålsenliga för att uppnå en ekonomi i balans och för hälso- och sjukvårdens framtida utveckling.</p> <p>Sirona bedömer att det inte finns ett behov av en fördjupad granskning då det kommer att vara svårt att påvisa effekter av det nya ersättningssystemet innan den modellen har stabiliserats. Däremot bedömer Sirona att det är en fördel om Region Skånes sjukhusstyrelser och nämnder följer upp innebörden av de nya ersättningssystemen samt kartlägger hur de reflekterar sjukhusens faktiska kostnadsbild.</p> <p>Inga rekommendationer riktades till sjukhusstyrelsen.</p>

## Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen ha skött verksamheten på ett inte helt ändamålsenligt sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.

Sjukhusstyrelsen har antagit en mängd mål som endast delvis utgörs av mål som har följts upp. Måluppfyllelsen är ur det perspektivet delvis svårbedömd. Nämnden bedöms dock ha bedrivit verksamheterna på ett sätt som i huvudsak ligger i linje med fullmäktiges övergripande mål och har tagit beslut för att utveckla verksamheten.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Tydliggör uppföljningen av arbetet med sjukhusstyrelsens egna delmål/målsättningar.



# Granskning av nämndens ekonomi

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *ekonomi*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Upprättat internbudget	<b>Uppfyllt</b> Sjukhusstyrelse Ystad har antagit en verksamhetsplan för 2024 som är upprättad i enlighet med inriktningen i Region Skånes verksamhetsplan och budget.
Genomfört uppföljning  <i>Nämnden har följt upp ekonomin genom: Månadsrapport mars, maj och oktober Delårsrapport Årsuppföljning</i>	<b>Uppfyllt</b> Enligt Region Skånes verksamhetsplan och budget 2024 ska samtliga nämnder och styrelser genomföra månadsuppföljningar med analys och prognos vid fyra tillfällen: mars, maj, augusti (sammanfaller med delårsrapport/verksamhetsberättelse) och oktober. Uppföljningen ska lämnas som ett informationsärende till styrelsen.  Styrelsen har genomfört uppföljningar för mars, delår och oktober. Uppföljningen för maj har inte lämnats som ett informationsärende till styrelsen, utan fattats som ett ordförandebeslut på delegation som sedermera rapporterades som ett delegationsbeslut för hela styrelsen i september månad.
Vidtagit åtgärder	<b>Uppfyllt</b> Följande helårsprognoser har gjorts under året: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mars -73,6 miljoner kronor</li> <li>• Maj -95 miljoner kronor</li> <li>• Augusti (delår) -95 miljoner kronor</li> <li>• Oktober -100 miljoner kronor</li> </ul> <p>Sjukhusstyrelsen beslutade i april (2024-04-26 §14) om en handlingsplan för en ekonomi i balans. Åtgärderna inkluderade exempelvis en minskad samordning, reducering av intermediärvårdplatser och öppna vårdplatser, reducering av personalresurser inklusive en översyn av köpt tjänst från Regionservice samt reducerade inköp av material och tjänster. Den totala besparingen av åtgärderna skulle uppgå till 75 miljoner.</p> <p>Under sammanträdet i september (2024-09-27 §21) följdes arbetet upp och det konstaterades att ytterligare nedskärningar i bemanningen skulle ha negativa konsekvenser både för väntetiderna och arbetsmiljön. Följaktligen föreslogs ytterligare kompletterande åtgärder, exempelvis i form av översyn av produktionsplaneringen och förvaltningsorganisationen.</p>
Måluppfyllelse RF mål <i>- en långsiktigt stark ekonomi</i>	<b>Inte uppfyllt</b> Sjukhusstyrelse Ystad uppvisar ett resultat för 2024 på -106,7 miljoner kronor.  Handlingsplanen för en ekonomi i balans hade en förväntad effekt om 71,9 miljoner kronor, den slutliga effekten landade på 49,3 miljoner kronor. Den starkast positiva avvikelserna på kostnadssidan till följd av handlingsplanen kan ses på posten

	<p>bemanning och kompetensförsörjning som uppgick till 29,5 miljoner kronor.</p> <p>Den största negativa kostnadsavvikelsen ses i posten övriga kostnader och bidrag där den budgeterade kostnaden var 68 miljoner kronor, med ett utfall på 186 miljoner kronor.</p>
--	---

## Bedömning

**Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen ha skött verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt inte helt tillfredställande sätt. Bedömningen grundar sig på nedanstående.**

Det ekonomiska resultatet av sjukhusstyrelsens verksamhet bedöms inte vara i enlighet med den inriktning som anges i fullmäktiges övergripande mål om en långsiktig stark ekonomi då sjukhusstyrelsen redovisar ett resultat på -106,7 miljoner kronor för verksamhetsåret 2024. Sjukhusstyrelsen bedöms i huvudsak ha tagit en aktiv roll i arbetet med uppföljning och åtgärder i ekonomin men vidtagna åtgärder har inte varit tillräckliga för att minska det underskott som har prognosticerats under året.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Vidta åtgärder för en ekonomi i balans

# Granskning av räkenskaper

Redovisningsrevisionen har utförts av KPMG AB på uppdrag av revisorerna.

## Delårsbokslut

Baserat på den utförda granskningen gör KPMG bedömningen att:

- Anvisningar har följts
- Dokumentationen är god
- Avstämningar är gjorda
- Tidplaner har efterlevts

I granskningen har KPMG inte noterat några avvikelser som vi bedömt är av sådan väsentlighet att de behövs föras vidare till vår granskningsrapport för Region Skåne som en helhet. Resultatet avviker negativt jämfört med budget med 81 mnkr, men 52 mnkr positivt mot föregående års resultat vid samma tidpunkt.

## Årsbokslut

Baserat på den utförda granskningen gör KPMG bedömningen att bokslutsprocessen fungerar tillfredsställande.

- Anvisningar har följts
- Dokumentationen är god
- Avstämningar är gjorda
- Tidplaner har efterlevts

KPMG har i granskning inte noterat några avvikelser som KPMG bedömt är av sådan väsentlighet att de behövs föras vidare till granskningsrapporten för Region Skåne som en helhet.

Periodens resultatutfall är 107 mnkr lägre än budgeterat.