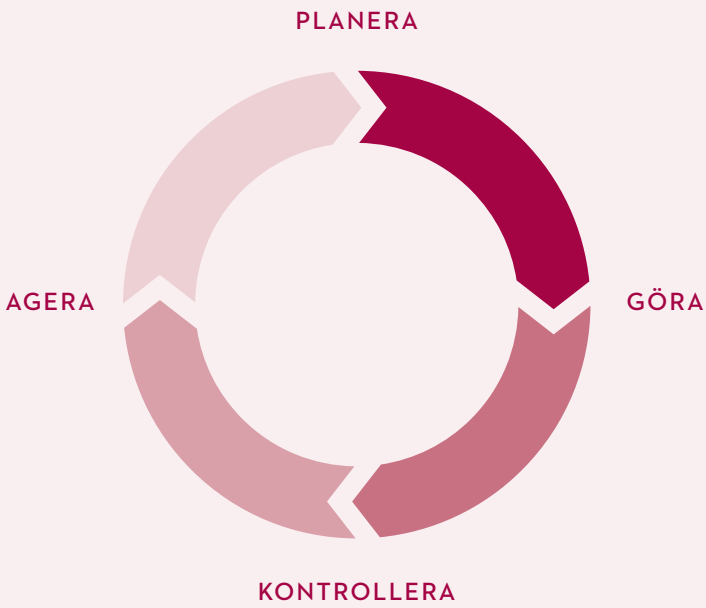


PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR CARLANDERSKA 2019



Göteborg 2020-02-17

CARLANDERSKA SJUKHUSET

Anders Bengtsson
Chefläkare

Sara Silfver
Chef HR/KMA

INNEHÅLL

Inledning	22
Carlanderska sjukhuset – det här är vi	22
Hållbar utveckling	23
Kvalitet och patientsäkerhet	24
Allmänt	24
Avvikelsehantering	24
Rapportering	24
Ansvarsfördelning	24
Störningsmätning	25
Avvikelsehantering patientärende	25
Patients synpunkt, förbättringsförslag, klagomål	25
Allvarlig vårdskada	25
Avvikelsehantering produkt/vara	25
Uppföljning	25
Analys av information	26
Korrigerande åtgärder	26
Förebyggande åtgärder	26
Avvikelser på Carlanderska under 2019	27
Översikt samtliga avvikelse	27
Systematiskt patientsäkerhetsarbete	27
Åtgärder som vidtagits 2019 för att öka patientsäkerheten	27
Röntgen	27
Vård	27
Operation	28
Medicinkliniken	29
Vårdcentralen	29
Kirurg- och ortopedkliniken	29
ÖNH	29
KK	29
Externa granskningar 2019	30
Fokus 2020	30
Bilaga 1 – Strålsäkerhetsberättelse 2019	31
Bilaga 2 – Avvikelser på Carlanderska 2019	31

INLEDNING

CARLANDERSKA SJUKHUSET – DET HÄR ÄR VI



Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset har från stiftarnas stadgar som ger Göteborgs Stad i uppdrag att utse styrelse och revisor. Styrelsen utser en sjukhuschef som ansvarar för förvaltningen med sin ledningsgrupp och den dagliga driften. En stiftelse kan inte få kapitaltillskott från några ägare, då någon sådan inte finns, utan endast via donationer eller gåvor. En stiftelse är icke vinstdrivande, dock tillåts ett rörelseresultat, uttryckt i procent över tid, för att möjliggöra investeringar.

Carlanderska sjukhuset består av ett flertal operativa enheter:

- Vårdavdelning med pre- och postop.
- Operation och sterilcentral.
- Kirurg- och ortopedkliniken.
- Vårdcentralen Carlanderska.
- Carlanderska Rehab.
- Vaccinationsmottagningen.
- Medicinkliniken.
- Röntgen.
- Forskningsenheten.
- Specialistmottagningar som drivs av samarbetspartner.

Den aktuella Patientsäkerhetsberättelsen inkluderar Kvinnokliniken och ÖNH-institutet. Målsättningen är att fortsätta förbättra integreringen mellan Carlanderska och dess samarbetspartner.

Övriga samarbetspartner skriver egna Patientsäkerhetsberättelser.

HÅLLBAR UTVECKLING

På Carlanderska fortsätter vi med vårt långsiktiga arbete för en hållbar utveckling. Vårt arbete omfattar social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet. Vi samverkar inom hela sjukhuset kring bland annat kvalitets- och miljöfrågor, patientsäkerhetsfrågor och arbetsmiljö.

Förutsättningar för detta arbete är engagemang från vår ledning, kompetens och medvetenhet hos alla medarbetare, samverkan, öppenhet, uppföljningar och redovisningar. Vår avvikelshantering ses som ett positivt arbetsredskap där vi kan identifiera och minimera risker för både patienter och personal.

Vi har utarbetat en hållbarhetspolicy med fyra identifierade områden:

- **Arbeta patientsäkert.** Övergripande mål är god och säker vård av hög kvalitet.
- **Arbeta hälsofrämjande.** Övergripande mål är att minska miljöpåverkan från vår fastighet, minska kemikalie- och läkemedelsbelastningen av våra verksamheter, verka för en god arbetsmiljö.
- **Arbeta klimat- och resurseffektivt.** Övergripande mål är att optimera driften av vår fastighet, samordna och minska våra transporter, vidareutveckla avfallshanteringen.
- **Arbeta integrerat med hållbarhetsfrågor.** Övergripande mål är att höja både medvetenhet och kompetens kring hållbar utveckling.

Med utgångspunkt i hållbarhetspolicyens områden, våra betydande miljöaspekter, kund- och myndighetskrav, omvärlds- och intressentanalyser fastställer ledningen hållbarhetsmål. Varje område kan ha flera mål och underliggande aktiviteter.

KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET

ALLMÄNT

Arbetet med patientsäkerhet, klagomåls- och avvikelshantering är ett ständigt pågående arbete på Carlanderska. Det är genom en god patientsäkerhetskultur vi skapar möjligheter att vidareutveckla processerna och vår avvikelshantering ger oss förutsättningar till att systematiskt förbättringsutveckla våra verksamheter.

Genom vår ISO-certifiering enligt 9001:2015 och 14001:2015 har vi de verktyg och ramar som ger oss bra förutsättningar i detta arbete. Vår målsättning är att patientsäkerheten alltid ska vara central, både i vårt patientnära arbete och övergripande i vår organisation.

Vi arbetar ständigt med att förebygga, förhindra och minimera risken för vårdskador i verksamheterna. Avsteg ska alltid rapporteras i vårt avvikelsesystem samt rapporteras till ansvarig chef. Åtgärder och uppföljning sker i enlighet med beskriven process i vårt ledningssystem.

Avvikelse tas upp i samband med APT, ledningsgruppsmöten, vårdenhetsmöten och möte med samarbetspartner.

AVVIKELSEHANTERING

Carlanderska sjukhuset använder ett elektroniskt ärendehanteringssystem som underlättar avvikelserapporteringen och flödet av avvikelser. Alla medarbetare kan rapportera in upplevd avvikelse.

Syftet med vårt system för avvikelser är att upptäcka svagheter och risker och att kunna vidta åtgärder för att förhindra uppkomst/upprepning av dessa. Regelbunden uppföljning av avvikelserna görs och sammanställning och rapportering sker bland annat vid ledningens genomgång och på enheternas APT.

Som avvikelse räknas avsteg från fastställda rutiner eller avsaknad av rutin som inneburit, eller kunnat innebära, att fel inträffar. Som avvikelse räknas också klagomål från patient, uppdragsgivare eller myndighet liksom även möjlig eller inträffad miljöpåverkan, felaktiga produkter, fel från leverantör, skador på personal likväl som ohälsa och olycksfall.

RAPPORTERING

När en rapport skrivs kan något av nedanstående ha uppfyllts:

1. Avvikelsen har påverkat, eller kan komma att påverka, patientens vård och omhändertagande.
2. Klagomål från patient, uppdragsgivare, myndighet.
3. Risken för upprepning av avvikelsen är stor.
4. Avsteg från fastställda rutiner har skett.
5. Arbetsmiljötillbud av fysisk, organisatorisk och/eller social karaktär.
6. Avvikelsen omfattar miljöpåverkan.
7. Felaktiga produkter eller fel från leverantör.
8. Förbättringsförslag.

Den som orsakat eller upptäckt avvikelsen, eller kommit på förslag till förbättring, skriver i vårt ärendehanteringssystem under rubrik "Avvikelse". Där finns en färdig mallstruktur som guidar medarbetaren igenom anmälan.

ANSVARSFÖRDELNING

Alla medarbetare på Carlanderska rapporterar i vårt avvikelsesystem. I detta system finns en fördelningsstruktur skapad för tilldelning av olika ärenden. Ett ärende kan "vidaretilldelas" till annan, utsedd handläggare.

Chefläkare ansvarar för patientsäkerhetsärenden. Här ingår bland annat att bedöma avvikelser och klagomål, utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhets-risker och vårdskador till IVO. Patientsäkerhetsfrågor hanteras i samverkan med berörd verksamhet. Chef HR/KMA (kvalitet/miljö/arbetsmiljö) ansvarar för sammanställning och rapportering kring avvikelser.

STÖRNINGSMÄTNING

Enheterna kan välja att periodvis mäta "störningar i arbetet". Det innebär att man istället för att skriva en avvikelse vid varje tillfälle störningen inträffar, markerar med "streck" för störningen under en tidsbestämd period. Därefter görs en orsaksanalys som ska resultera i en handlingsplan med uppsatta mål, allt i avsikt att förbättra verksamheten.

AVVIKELSEHANTERING PATIENTÄRENDE

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera risk för vårdskada och händelse som har eller hade kunnat medföra vårdskada. Detta gör vi i vårt avvikelsesystem. I detta system rapporteras också inkommande synpunkter och förslag på förbättringar samt klagomål från våra patienter.

PATIENTS SYNPUNKT, FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG, KLAGOMÅL

Alla patienter som besöker Carlanderska sjukhuset bereds möjlighet att framföra synpunkter och förslag till förbättringar och/eller klagomål. Inkomna ärenden registreras, behandlas och slutrapporteras i vårt avvikelsesystem. Patienten uppmanas att i första hand kontakta berörd enhets ansvariga verksamhetschef. Alternativt kan den som tar emot ärendet dokumentera i vårt avvikelsesystem direkt och därefter be ansvarig chef kontakta uppgiftslämnaren.

Om patienten efter detta ändå upplever att ärendet kvarstår uppmanas patienten att fylla i en blankett och sända in denna tillsammans med eventuell upplysande dokumentation. Detta infogas då i det ursprungliga ärendet i vårt avvikelsesystem. Vid händelse som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, görs utredning som anpassas till händelsens karaktär. Hela utredningen dokumenteras i vårt avvikelsesystem. I denna utredning involveras chefläkaren, ansvarig verksamhetschef, behandlande läkare och i övrigt den personal som haft direkt betydelse för händelsen i fråga. I de fall händelsen berör annan verksamhet än den vid Carlanderska sjukhuset, involveras berörd part i händelsen.

ALLVARLIG VÅRDSKADA

Vid händelse som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada görs utredning där händelsen noggrant beskrivs tillsammans med utförlig analys av både orsak och konsekvens. Kontakt tas med patienten och/eller närstående, vilka uppmanas att erbjudas möjlighet till, att bifoga den egna berättelsen eller upplevelsen av det inträffade och detta ska därefter bifogas utredningen.

Vårdgivaren ska tillse att anmälan upprättas. Till detta används IVO:s blankett "Anmälan av händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)". Hela utredningen dokumenteras i vårt avvikelsesystem. I denna utredning involveras chefläkaren, ansvarig verksamhetschef, behandlande läkare och i övrigt den personal som haft direkt betydelse för händelsen i fråga. I de fall händelsen berör annan verksamhet än den vid Carlanderska sjukhuset, involveras berörd part i händelsen. Allvarlig händelse tas upp och bereds på ledningsmöten. Innan ett ärende av allvarlig händelse kan avslutas sker alltid uppföljning med patienten och/eller närstående.

AVVIKELSEHANTERING PRODUKT/VARA

Den som upptäcker att en vara eller en utrustning är defekt, eller inte uppfyller våra krav, ska säkerställa att den inte används i verksamheten. Produkten ska flyttas eller märkas på ett sådant sätt att misstag inte kan ske.

UPPFÖLJNING

För att mäta hur patient/uppdragsgivare uppfattar vår förmåga att uppfylla ställda krav skaffar vi oss information bland annat genom patient-, medarbetar- och övriga enkäter, rapporter i vårt ärende/avvikelsesystem, övriga inkomna synpunkter och/eller klagomål samt genom regelbundna kundmöten.

AVVIKELSER PÅ CARLANDERSKA UNDER 2019

ÖVERSIKT SAMTLIGA AVVIKELSER

- 510 avvikelser totalt 2019 på Carlanderska under året (362 stycken 2018).
- 229 av dessa bedömdes ha kunnat komma att påverka patientsäkerheten (141 stycken 2018).
- Inga uppgifter inkomna från VGR (13 klagomålsuppföljningar från VGR rapporterades 2018).
- 8 anmälningar enligt lex Maria (8 stycken 2018). Vid 2 av anmälningarna har kritik riktats mot handläggningen vid Carlanderska.

SYSTEMATISKT PATIENTSÄKERHETSARBETE

- Översyn av kallelser till patienter inom olika delar av vår verksamhet.
- Översyn och granskning av elektroniska beställningar och svarsrapportering i vårt journalsystem kopplat till medicinska serviceprogram (röntgen, lab).
- Anpassning mot nya lagkravet enligt GDPR för samtliga verksamheter.
- Översyn/vidareutveckling av processen lagbevakning.
- HLR-utbildning – regelbundet återkommande, som ett led i arbetet med hjärtsäkert sjukhus.
- Vårdhygienarbete.
- Rapportering med utvärdering i, för våra verksamheter, relevanta kvalitetsregister.
- Genomförda lokalanpassningar med avseende på tillgänglighet.
- Utökad digitalisering med avseende på remisser och provsvar.
- Regelbundna möten för postop och operation med avseende på rutiner och processer.
- Optimering och likriktning av mottagningarnas preoperativa förberedelser.
- Enhetsledningen för vård och operation har, tillsammans med chefläkaren, infört månadsmöten där avvikelser som inrapporterats behandlas.
- Optimering av Orbits operationsplaneringssystem.
- Rutin för omhändertagande av barn på operation och vård har tagits fram.

ÅTGÄRDER SOM VIDTAGITS 2019 FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

Röntgen

- Fortsatt arbete med optimeringsarbete av våra röntgenundersökningar när det gäller att minimera strålning.
- Utökade öppettider kvällstid.
- Startat undersökningen "Hjärtats kranskärl". Nära samarbete med kardiologer och radiologer.
- Fortsatt kompetensutveckling på Röntgens alla modaliteter. Fokusområde under hösten har varit på externa utbildningar inom Ultraljud, Thyroidea och Datortomografi av hjärtat.
- Intern utbildningsinsats inom området MR.
- Rekrytering av två radiologer. Tillsvidareanställda radiologer ger en trygghet och en stabilitet i gruppen, vilket påverkar patientsäkerheten på ett positivt sätt.

Vård

- Förbättrat överblicken av den postoperativa övervakningen av patienterna på postop genom att vi satt upp två stora TV-skärmar, så vi kan se alla patienters övervakning var vi än befinner oss på postop.
- Förbättrat överblicken av den postoperativa övervakningen av patienterna på vårdavdelningen genom utökning med fler övervakningsmonitorer, så nu har vi möjligheten att få upp alla patienter på den centrala övervakningen på vårdavdelningens expedition.

På arbetsplatsträffarna, en gång per månad, tar verksamhetschef/enhetschef upp avvikelser för kännedom och återkoppling till personalen. Om avvikelsen gäller ett specifikt område eller enskild person kan verksamhetschef/enhetschef istället välja att ta upp avvikelsen enbart med den det berör. Uppföljning av avvikelser utgör en stående punkt på ledningsgruppens agenda vid varje månadmöte. En sammanställning av avvikelser görs varje år och finns med både vid Ledningens genomgång och i Patientsäkerhetsberättelsen.

ANALYS AV INFORMATION

Relevant information samlas in och analyseras för att följa upp hur ledningssystemet för kvalitet och miljö fungerar och att det fungerar tillfredsställande. Informationen används för att fastställa var förbättringar kan göras. Vi ska arbeta för att ständigt förbättra ledningssystemets effektivitet och utfall med hjälp av:

- Kvalitets- och miljöpolicy.
- Kvalitets- och miljömål.
- Handlingsplaner med mätbara mål.
- Statistik.
- Kundenkäter.
- Riskanalyser.
- Avvikelseuppföljning.
- Resultat från interna och externa revisioner.
- Förbättringsförslag.

När förbättringsåtgärder ska fastställas måste hänsyn tas till:

- Patientsäkerhet.
- Medicinska och tekniska aspekter.
- Kvalitet och miljöpåverkan.
- Resurser (tillgång/utnyttjande).
- Ekonomi.

KORRIGERANDE ÅTGÄRDER

Korrigerande åtgärder fastställs för att förhindra upprepning av en avvikelse. De görs utifrån rapporter, revisioner och enkäter. Samtidigt görs en bedömning om samma/liknande avvikelse skulle kunna uppstå på annan plats inom våra verksamheter.

FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Förebyggande åtgärder fastställs för att förhindra att en avvikelse ska uppstå. Ständiga förbättringar av vårt ledningssystem och därmed vår verksamhet är ett naturligt förhållnings- och arbetssätt på sjukhuset.

- Dokumentet om skyddad ID har uppdaterats och gjorts tillgängligt för våra samarbetspartner för en säker vårdkedja.
- Vi har en pågående handlingsplan kring infektionsförebyggande arbete.
- Ny HLR-ansvarig är tillsatt för Vård och Operation. Därmed ses organisationen över.
- Nytt diabetes-PM är framtaget.
- Minskat administrativa arbetsuppgifter för vårdpersonalen för att frigöra mer tid till patientvård. Tagit hjälp av vårdadministratör samt Sodexo. Detta avser iordningställande av journaler, svara i telefon, beställa sjukresor, städning av patientrum, bäddning av sängar.
- Förtydligat dokument kring vätskebalans på urologiska patienter.
- Enhetliga behandlingsrutiner för alla ingrepp efter samma mall för alla mottagningar har genomförts.
- Genomgång av hur urinproduktion pre-, per- och postoperativt fungerar för våra thyreoideaopererade patienter.
- Internrevision avseende patientflöde genom hela sjukhuset har genomförts.
- Brandövning och utrymningsövning tillsammans med Räddningstjänsten, Göteborg har genomförts.

Operation

- Internrevision avseende patientflöde genom hela sjukhuset har genomförts.
- Brandövning och utrymningsövning tillsammans med Räddningstjänsten, Göteborg har genomförts.
- En omfattande genomgång och uppdatering av samtliga PM har genomförts under året.
- Optimering av sterilrutiner vid thyreoideaingrepp med anledning av ett antal infektioner. PM för detta är gjort i samråd med kirurgerna och ligger i Tekla.
- Rutin för uppläggning i benstöd är gjort för att förhindra skador så som compartment och tryckskador.
- Videolaryngoscop C-mac är inköpt vilket underlättar intubation vid svår luftväg.
- Vi har gått över till bipolär diatermi vid TUR-P-operationer. Detta innebär att man kan använda Na-Cl som spolvätska istället för sorbitol-mannitol. Risken för TUR-syndrom minskar, dessutom minskar blödningen (vid TUR-P på två salar samtidigt måste man använda monopolär diatermi och sorbitol-mannitol på den ena salen vilket innebär risk för förväxling).
- Spolbalansen har blivit säkrare eftersom vi inköpt en så kallad sugkarusell som underlättar mätningen av vätskor. Detta gäller vid bland annat TUR-P och hysteroscopier där spolbalansen är viktig att följa.
- Ansvarig sjuksköterska för akututrustning på avdelningen har hållit utbildning för all personal så att man ska ha en bättre handlingsberedskap vid akuta situationer, veta var utrustning finns och så vidare.
- Påbörjat arbete med metodkort för olika operationsingrepp. Där ska all information rörande ingreppet finnas samlad. Detta arbete kommer att fortsätta under året.
- Ny neurosign inköpt som ger en säkrare monitorering av nerver vid thyreoideakirurgi.
- Vi har fått tillgång till att läsa journaler och provsvar etc. via Webdoc vilket vi inte haft förut. Här finns all information vi behöver på samma ställe. Vi har även gjort det lättare att kunna få fram provsvar genom en direktlänk i Webdoc.
- Batchlistor sparas och scannas in i patientens journal så att man kan veta vilka instrument som använts.
- Sterilcentralen har genomfört en kvalitetssäkring av sterilprocessen genom att all personal ska kunna utföra alla moment. Vid sjukdom ska man ändå säkerställa en säker process.

- Investerat i en rad nya instrument för att vi ska ha större marginaler om något blir osterilt eller går sönder.
- Internrevision, gällande preoperativa rutiner. Utifrån den gjordes en handlingsplan med flera åtgärder som bifogas.

Medicinkliniken

- Vi har arbetat med införandet av väntelistor i journalsystemet, vilket innebär att vi inte använder papperssystem som kan försvinna eller blandas ihop. Det ger också alla möjlighet att ha tillgång till väntelistan i realtid.

Vårdcentralen

- Vi har arbetat med att formulera rutiner för olika processer och lagra dessa elektroniskt, så att alla har tillgång till dem från alla datorer.
- Infört primärvårdskvalitet en modul i Medrave.
- Arbetat med flödet för våra kroniker.
- Arbetar med flöde för våra mångsökare och lägger vårdplaner.
- Utökat läkarbemanning.
- Utökat med ytterligare en rehabkoordinator.

Kirurg- och ortopedkliniken

- Fasta telefontider samt uppdaterat telefonsystem så att patienten blir uppringd, ökar tillgängligheten.
- Utökad digitalisering med avseende på remisser och provsvar.
- Optimerat rutiner och flöden för att förbättra patientsäkerheten.
- Regelbundna möten mellan vårdadministration och kliniken för att förbättra patientsäkerheten.
- Genomförd kompetensutveckling inom respektive specialitet.

ÖNH

I syfte att stärka säkerheten i PAD-hanteringen har ÖNH-institutet infört en extra säkerhet då alla PAD-remisser kopieras och sparas. Två gånger i veckan kontrolleras sedan inkomna PAD-svar och stäms av mot kopian. Detta minskar risken att PAD-svar som inte inkommit missas.

KK

Kvinnokliniken Carlanderska har under 2019 gjort en anpassning mot nya lagkravet enligt GDPR där tidigare patientkontakter och bokningar till stor del skedde via mail men nu enbart via GDPR säker kommunikation i journalsystemet ATLAN:s digitala vårdrum.

För att säkerställa att patienten nåtts av det meddelande som kliniken skickat ut går ansvarig sköterska igenom samtliga olästa utgående meddelanden samt alla inkomna meddelanden varje dag. De meddelanden som förblir märkta olästa av patienten kompletteras med telefonsamtal eller brev.

Under 2019 har en kompletterande registrering av postoperativa infektioner samt reoperationer på KK Carlanderska inrättats. Särskilt utsedd sköterska registrerar och presenterar för ledningen månatliga avstämningar. Detta sker utöver den sedan tidigare registreringen i Gynop, ett nationellt kvalitetsregister.

Samtliga operationer på Kvinnokliniken Carlanderska registreras i Gynop där man får årliga avstämningar beträffande patientnöjdhet, komplikationer och operationsresultat i öppna jämförelser med landets alla opererande gynkliniker. Under 2019 gjordes 9 reoperationer på 900 utförda operationer.

EXTERNA GRANSKNINGAR 2019

Följande granskningar har genomförts på Carlanderska under 2019:

- Strålsäkerhetsgranskning.
- Vårdvalsgranskning.
- Apoteksrevision.
- Certifieringsrevisioner – kvalitet och miljö.
- Tillgänglighet på BVC och Rehab samt entréer.

Ovan nämnda granskningar och utvärderingar visar på goda resultat.

FOKUS 2020

Följande punkter kommer att vara i fokus för vårt patientsäkerhetsarbete under kommande år:

- Händelse- och riskanalyser.
- Översyn av vårt IT-stöd, anpassat till verksamheterna.
- Kompetensutveckling inom patientsäkerhetsarbetet.
- Ny miljöutbildning.
- Kvalitetsregister.
- Fokus på att optimera infektionsprofylax och minimera postoperativa infektioner.
- Att ytterligare integrera våra samarbetspartner i vårt patientsäkerhetsarbete.

BILAGA 1

STRÅLSÄKERHETSBERÄTTELSE RÖNTGEN 2019

INLEDNING

På röntgenavdelningen utförs undersökningar inom konventionell röntgen, datortomografi, magnetisk resonanstomografi och ultraljud. Under 2019 gjordes totalt 22 234 diagnostiska undersökningar varav 13 324 innefattar joniserande strålning (datortomografi och konventionell röntgen).

Strålsäkerhetsrapport

Strålsäkerhetsrapporten för Carlanderska sjukhuset baserar sig på information som har framkommit i verksamheten på röntgen i samband med *”egenkontroll avseende strålsäkerhet”*. Egenkontrollen görs varje år och utgår från en checklista med strålningsrelaterande frågor som utarbetas av Sahlgrenska sjukhuset, Medicinsk fysik och teknik (MFT) och Diagnostisk strålningsfysik. Syftet är att säkerställa att röntgen Carlanderska uppfyller de krav som strålsäkerhetsmyndigheten SSM ställer för att bedriva en trygg och säker röntgenverksamhet med joniserande strålning.

Två gånger per termin har vi optimeringsmöten då vi tillsammans med sjukhusfysiker, radiolog och metodansvariga röntgensjuksköterskor går igenom våra metoder. Detta för

att säkerställa att vi har så låg stråldos som det är möjligt och samtidigt behålla en god kvalitet. Gemensamma strålsäkerhetsmöten mellan operation och röntgen upprättas en gång per termin.

Under 2019 har sedvanliga strålskyddskontroller genomförts av sjukhusfysiker liksom periodvisa kontroller på röntgenutrustning av extern servicepersonal från leverantör.

Ett dosregistreringsprogram implementeras våren 2020 enligt SSM: s riktlinjer.

Teoretisk strålsäkerhetsutbildning för all personal planeras under våren 2020.

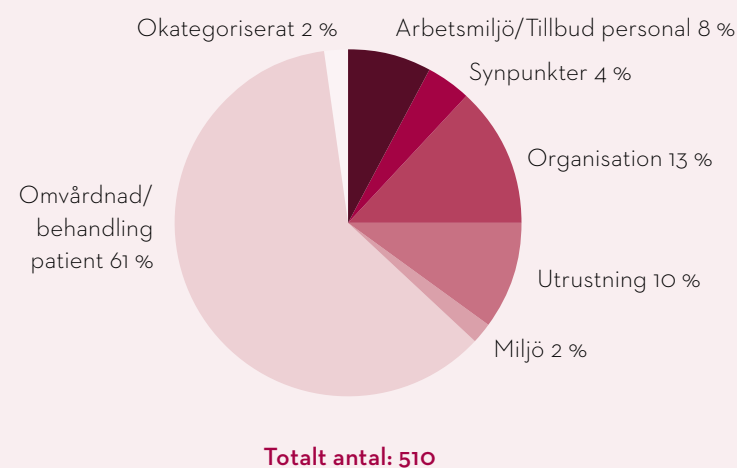
Strålningsrelaterade avvikelser har anmälts i Carlanderska sjukhusets avvikelsesystem ServiceDesk. Under 2019 registrerades två strålningsrelaterade avvikelser.

Dessa har tagits upp med berörd person och på APT. Genomgång av rutinen har visat att rutinen var tydlig och aktuell, och att det var den mänskliga faktorn som utlöste händelserna.

Arbete pågår med att få tillgång till e-utbildning gällande teoretisk strålsäkerhetsutbildning i Läroplattform/SU.

BILAGA 2

AVVIKELSER PÅ CARLANDERSKA 2019



Kategori	Antal	Andel, %
Arbetsmiljö/Tillbud	38	7,5
Synpunkter	23	4,5
Organisation	68	13
Utrustning	51	10
Miljö	9	1,75
Omvårdnad/behandling	313	61,5
Okategoriserat	8	1,5

Av de totalt 510 avvikelserna hade 229 bedömts vara av den karaktären att man angett "Patientsäkerheten påverkas" (45 %).

FÖRVALTNINGSBERÄTTELSE

Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset, Säte Göteborg, Org.nr 857200-2312

Stiftelsens ändamål

Stiftelsens ändamål är enligt våra stadgar:

”Att inom det på grundval av donationerna upprättade Carlanderska Sjukhuset bedriva sjukvård avseende såväl sluten- som öppenvård av såväl privat som offentlig karaktär ävensom hälsovård”.

Carlanderska ska vara ett komplement till de större vårdgivarna i regionen, och erbjuda förstklassig vård tillsammans med samarbetspartner.

Stiftelsens verksamhet

2017 var ett stort år i Carlanderskas historia. Vi firade 90-årsjubileum genom att inviga vår nya tillbyggnad. Det var en satsning som var avgörande för sjukhusets framtida existens. 2018 präglades av arbetet med att bygga om och flytta om verksamheter i den gamla fastigheten för att optimera utrymmen för vår verksamhet i samarbete med våra samarbetspartner. Under 2019 har vi fokuserat på att arbeta med rutiner, processer och uppföljningssystem för att kunna sätta patienten i fokus och erbjuda ett optimalt omhändertagande i vår unika miljö.

Intäkter och resultat

Carlanderskas omsättning fördelas enligt följande:

- Operation och slutenvård (58 %)
- Öppenvård (31 %)
- Medicinsk service (11 %)

Carlanderska ska vara ett komplement till de större vårdgivarna i regionen, och erbjuda förstklassig vård tillsammans med samarbetspartner

8%

Så mycket ökade omsättningen jämfört med 2018.

Under året har omsättningen ökat med 8,0 % jämfört med 2018. Omsättningen uppgick till 391,4 mkr (363,0 mkr 2018). Resultat efter finansiella poster uppgick till 9,2 mkr (-4,6 mkr 2018) och en rörelsemarginal på 2,6 % (-1,3 % 2018). Den bokförda rörelsemarginalen de senaste fem åren uppgår till i snitt 1,8 %.

Utveckling och avtal

Under 2019 har vi deltagit i ett begränsat antal upphandlingar, då det varit få upphandlingar och få upphandlingar som passat eller haft inriktning till våra verksamhetsområden. Våra innevarande avtal har förlängts, vilket har gett oss möjlighet till utveckling och fortsatt arbete med befintliga avtal. Den trend vi sett tidigare år kvarstår, att våra beställare ställer än högre krav på kvalitet, uppföljningar och med en avstannande prisutveckling.

Krav och kriterier för miljö och socialt ansvarstagande har också fått ett större utrymme i upphandlingar, så kallade Hållbara upphandlingar.

En ”Anbudsgrupp” har introducerats som hjälp i detta omfattande arbete för att vi fortsatt ska kunna säkra upp och bredda upphandlingsarbetet och även öka avtalsinformationen inom och utanför Carlanderska sjukhuset.



IT och Fastighet

IT-avdelningen

För att möta de framtida krav som ställs på effektivisering och digitalisering i verksamheten har IT-avdelningen under året infört nya system i verksamheten.

Fokus har legat på ökad patientsäkerhet och att tillgängliggöra information till såväl andra vårdgivare som till patient enligt de strikta krav som finns. Vi har även infört incheckningsdiskar som en del i effektiviseringen samt för att underlätta patientens väg hos oss.

För att hålla hög kvalitet och säkerhet har vi en kontinuerlig omvärldsbevakning för att såväl digitalisera som att bibehålla hög säkerhet.

Vi arbetar hela tiden för att säkerställa hög prestanda och god användarvänlighet i de system som används samt att fortlöpande säkra och höja kvaliteten på ett systematiskt sätt. Exempel på detta är vårt nyinförda databack-up-system VEAM som möjliggör spårbarhet och återställning av data.

Fastighet

Den nya tekniken inom fastighetsdriften gör att vi kan säkerställa hög patientsäkerhet i såväl vårdnära lokaler som i de viktiga tekniska utrymmen som sjukhuset har. Med dessa verktyg kan kontinuerlig övervakning göras som medger att eventuella störningar kan åtgärdas innan de orsakar kostsamma avbrott för verksamheten.

Fastighet har under året arbetat med driftoptimering för att hålla en hög patientsäkerhet genom de hygienkrav som ställs på luftkvalitet i vårdnära miljö.

Utifrån att vi är certifierade enligt Green Building arbetar vi ständigt med att optimera och justera energi och miljöpåverkan. Det pågår samtidigt ett kontinuerligt arbete för hållbarheten och miljö.

Medarbetare

Vår viktigaste resurs är vår personal. I december 2019 hade vi totalt 306 anställda, i olika anställningsformer. Det motsvarar en utökning av personalstyrkan med åtta procent. Av dessa är 82 procent kvinnor och 18 procent män.

Under 2018/2019 genomförde vi i samarbete med vår företagshälsovård ett hälsoprojekt på de avdelningar med den högsta korttidsjukfrånvaron. Resultatet av hälsoprojektet visade att orsakerna till frånvaron inte var arbetsrelaterade. Eftersom sjukfrånvaron ligger kvar på samma nivåer som tidigare år kommer fokus fortsatt vara att identifiera orsaker och föreslå lämpliga åtgärder för att minska både den korta och den långa sjukfrånvaron.

För att vi ska kunna sätta patienten i centrum måste vi sätta våra medarbetare i centrum och därför pågår ett kontinuerligt arbete med att vara attraktiva som arbetsgivare. Vi har många kvalificerade sökanden till våra utannonserade tjänster, vilket får oss att dra slutsatsen att vi arbetar på ett bra sätt, med vårt arbetsgivarvarumärke. Vi måste dock ständigt vara aktiva i vår omvärldsbevakning.



Varumärket och marknadsföring

Det är tillsammans med våra samarbetspartner som Carlanderska stiftelsen levererar förstklassig sjukvård med personlig omsorg. Det är därför viktigt att kommunicera sjukhuset som helhet. Kommunikationen ska bygga på sjukhusets hörnstenar miljö, närhet, omtanke, kompetens och kvalitet.

Under 2019 fortsatte det påbörjade arbetet med att profilera Carlanderska på ett enhetligt sätt i all kommunikation med omvärlden och även internt med alla verksamheter och samarbetspartner. Hemsidan är den viktigaste – och unika – kanalen för vår kommunikation med olika målgrupper. Det innebär att vi måste vårda den på bästa sätt och se över dess funktioner och möjligheter. Arbetet med den omgjorda hemsidan fortgår för att få den än mer kundanpassad och lättnavigerad.

Efter en längre tid med vår nya hänvisningsskyltning kan vi konstatera att mycket blivit bättre men att en del arbete återstår innan skyltningen är optimal. Med tanke på vår unika byggnad är det en utmaning att få till en tydlig skyltning som underlättar för såväl besökare som anställda i vardagen.

Vi har under året arrangerat ett antal mycket uppskattade föreläsningar av våra specialister inom olika medicinska områden, sjukvårdspolitisk debatt och Vibeke Carlander har föreläst om sjukhusets historia.

Ytterligare ett nummer av Carlanderska-magasinet har givits ut under året.

Den interna kommunikationen är minst lika viktig som den externa. Vi måste därför fortsätta att upprätthålla bra kanaler för detta både till stiftelsens anställda och anställda hos våra samarbetspartner. Arbetet med utvecklingen av vårt intranät och dokumentsystem som påbörjades 2019 kommer därmed att fortsätta under 2020. ➕



FLERÅRSÖVERSIKT (tkr)		2019	2018	2017	2016	2015
Nettoomsättning	tkr	391 422	363 039	305 863	275 445	246 102
Resultat efter finansiella poster	tkr	9 228	-4 625	-1 714	16 330	8 598
Balansomslutning	tkr	566 394	572 832	576 775	534 814	314 633
Antal anställda	st	188	189	174	156	143
Soliditet	%	20,8	19,1	19,7	21,5	31,4
Avkastning på totalt kap.	%	2,3	-0,1	-0,3	3,1	2,7
Avkastning på eget kap.	%	7,8	-4,2	-1,5	14,2	8,7

STATISTIKUPPGIFTER	2019	2018	2017	2016	2015
Antal vårdplatser	23	23	23	25	25
Antal inneliggande patienter	3 202	2 805	2 283	1 950	1 757
Antal vårddygn	5 074	4 895	4 176	3 765	3 539
Antal operationer	6 733	6 697	5 546	4 631	4 778
Antal röntgenundersökningar	22 232	20 251	17 435	18 014	18 639
Antal besök, öppenvård	65 855	69 466	62 872	65 330	47 679

FÖRÄNDRING AV EGET KAPITAL (tkr)	Bundet eget kapital		Fritt eget kapital	
	DONATIONER	BALANSERAD VINST	ÅRETS RESULTAT	TOTALT
Ingående balans 2018-01-01	5 447	109 740	-1 714	113 473
Överföring fg år resultat		-1 714	1 714	
Årets resultat			-4 625	-4 625
Utgående balans 2018-12-31	5 447	108 026	-4 625	108 848
Överföring fg år resultat		-4 625	4 625	
Årets resultat			9 228	9 228
Utgående balans 2019-12-31	5 447	103 401	9 228	118 076

BOKSLUT 2019



RESULTATRÄKNING (tkr)	NOT	2019-01-01 -2019-12-31	2018-01-01 -2018-12-31
RÖRELSENS INTÄKTER			
Rörelsens intäkter		391 422	363 039
Summa rörelsens intäkter	1	391 422	363 039
RÖRELSENS KOSTNADER			
Personalkostnader	2	-168 818	-159 010
Övriga externa kostnader	3, 4	-188 819	-186 633
Avskrivningar enligt plan	5, 6, 7, 8	-20 496	-17 951
Summa rörelsens kostnader		-378 133	-363 594
Rörelseresultat efter avskrivningar		13 289	-555
FINANSIELLA POSTER			
Resultat från övriga finansiella anläggningstillgångar		5	5
Övriga ränteintäkter och liknande resultatposter	9	1	3
Räntekostnader och liknande resultatposter		-4 067	-4 078
Summa finansiella poster		-4 061	-4 070
Resultat efter finansiella poster		9 228	-4 625
Resultat före skatt		9 228	-4 625
Årets resultat		9 228	-4 625

BALANSRÄKNING (tkr)	NOT	2019-12-31	2018-12-31
TILLGÅNGAR			
ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR			
<i>Materiella anläggningstillgångar</i>			
Byggnader och mark	6	431 865	444 266
Maskiner och andra tekniska anläggningar	7	16 367	19 106
Inventarier, verktyg och installationer	8	7 830	8 945
Pågående arbete	10	0	312
Summa materiella anläggningstillgångar		456 062	472 629
<i>Finansiella anläggningstillgångar</i>			
Andelar i koncernföretag	11	0	0
Andra långfristiga värdepappersinnehav	12, 13	40 804	40 304
Andra långfristiga fordringar	14	1 125	1 125
Summa finansiella anläggningstillgångar		41 929	41 429
Summa anläggningstillgångar		497 991	514 058
OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR			
<i>Kortfristiga fordringar</i>			
Kundfordringar		39 330	37 105
Aktuella skattefordringar		2 430	2 970
Övriga fordringar		468	396
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	15	10 962	18 089
Summa kortfristiga fordringar		53 190	58 560
<i>Kassa och bank</i>			
Kassa och bank		15 213	214
Summa kassa och bank		15 213	214
Summa omsättningstillgångar		68 403	58 774
SUMMA TILLGÅNGAR		566 394	572 832

BALANSRÄKNING (tkr)	NOT	2019-12-31	2018-12-31
Eget kapital och skulder			
EGET KAPITAL OCH SKULDER			
<i>Bundet eget kapital</i>			
Fonder och donationer		5 447	5 447
Bundet eget kapital vid räkenskapsårets slut		5 447	5 447
<i>Fritt eget kapital</i>			
Fritt eget kapital vid räkenskapsårets början		103 401	108 026
Årets resultat		9 228	-4 625
Fritt eget kapital vid räkenskapsårets slut		112 629	103 401
Summa eget kapital		118 076	108 848
<i>Avsättningar</i>			
Avsättningar för pensioner och liknande förpliktelser		25 640	25 504
Summa avsättningar		25 640	25 504
<i>Långfristiga skulder</i>			
	16		
Skulder till kreditinstitut		357 500	370 495
Övriga långfristiga skulder		3 910	3 910
Summa långfristiga skulder		361 410	374 405
<i>Kortfristiga skulder</i>			
Övriga skulder till kreditinstitut	17	13 000	13 000
Checkräkningskredit		0	2 068
Förskott från kunder		94	1
Leverantörsskulder		20 199	23 606
Övriga skulder		5 131	4 350
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	18	22 844	21 050
Summa kortfristiga skulder		61 268	64 075
SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER		566 394	572 832

KASSAFLÖDESANALYS (tkr)	2019-01-01 2019-12-31	2018-01-01 2018-12-31
DEN LÖPANDE VERKSAMHETEN		
Resultat före finansiella poster	13 289	-555
Justeringar för poster som inte ingår i kassaflödet:		
Avskrivningar och nedskrivningar	20 496	17 934
Realisationsresultat avyttring materiella anläggningstillgångar	0	0
Förändring i avsättningar	135	0
Erhållen ränta	6	8
Erlagd ränta	-4 067	-4 078
Betald skatt	540	-757
Övrigt	207	254
Kassaflöde från den löpande verksamheten före förändringar av rörelsekapital	30 606	12 806
Förändringar i rörelsekapital		
Förändring av rörelsefordringar	4 831	-7 336
Förändring av rörelseskulder	-739	-6 407
Kassaflöde från den löpande verksamheten	34 698	-937
INVESTERINGSVERKSAMHETEN		
Förvärv byggnader och mark	-183	0
Förvärv av materiella anläggningstillgångar	-3 953	-6 022
Förvärv av inventarier, installationer	0	0
Avyttring av materiella anläggningstillgångar	0	0
Avyttring av finansiella anläggningstillgångar	-500	0
Försäljning av anläggningstillgångar	0	-30
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-4 636	-6 052
FINANSIERINGSVERKSAMHETEN		
Amortering av lån	-12 995	7 088
Förändring checkräkningskredit	-2 068	0
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-15 063	7 088
Årets kassaflöde	14 999	99
Likvida medel vid årets början	214	115
Likvida medel vid årets slut	15 213	214

NOTER (tkr)
Redovisnings- och värderingsprinciper

Allmänna upplysningar

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen (BFNAR 2012:1) Årsredovisning och koncernredovisning (K3).

Uppskattningar och bedömningar

Följande av styrelsens bedömningar har en betydande effekt på redovisade belopp i årsredovisningen: Inget behov föreligger av nedskrivning av kundfordringar eller värdepappersinnehav.

Intäktsredovisning

Vårdintäkter redovisas i den period då vård utförts. Försäljning av varor redovisas i den period då risken bedöms ha övergått till köparen. Utförda tjänster redovisas i den period då tjänsten har utförts. Hyresintäkter redovisas i den period hyran avser.

Anläggningstillgångar

Materiella anläggningstillgångar redovisas till anskaffningsvärdet minskat med ackumulerade avskrivningar enligt plan och eventuella nedskrivningar. Se not 5.

Övriga tillgångar redovisas till anskaffningsvärde om inget annat anges.

Ersättningar till anställda efter avslutad anställning

I stiftelsen finns såväl avgiftsbestämda som förmånsbestämda pensionsplaner. Som avgiftsbestämda planer klassificeras planer där fastställda avgifter betalas och det inte finns förpliktelser att betala något ytterligare, utöver dessa avgifter. Övriga planer klassificeras som förmånsbestämda och beräknas enligt Tryggandelagen och redovisas i enlighet med förenklingsreglerna i BFNAR 2012:1 (K3).

Utgifter för avgiftsbestämda planer redovisas som en kostnad under den period de anställda utför de tjänster som ligger till grund för förpliktelsen.

Stiftelsen har förmånsbestämda pensionsplaner som finansieras i egen regi. Uppgift om pensionsskuldens storlek erhålls från ett oberoende företag, KPA Pension, och redovisas enligt den erhållna uppgiften.

Fordringar och skulder

Om inget annat anges ovan värderas kortfristiga fordringar till det lägsta av dess anskaffningsvärde och det belopp varmed de beräknas bli reglerade. Långfristiga fordringar och långfristiga skulder värderas efter det första värderingstillfället till upplupet anskaffningsvärde.

Övriga skulder och avsättningar värderas till de belopp varmed de beräknas bli reglerade.

Nyckeltalsdefinitioner

Nettoomsättning

Rörelsens huvudintäkter, fakturerade kostnader, sidointäkter samt intäktskorrigeringar.

Resultat efter finansiella poster

Resultat efter finansiella intäkter och kostnader, men före skatter.

Balansomslutning

Företagets samlade tillgångar.

Antal anställda

Medelantal anställda under räkenskapsåret.

Soliditet (%)

Eget kapital i procent av balansomslutning.

Avkastning på totalt kap. (%)

Rörelseresultat plus finansiella intäkter i procent av balansomslutningen.

Avkastning på eget kap. (%)

Resultat efter finansiella poster i procent av justerat eget kapital.

NOTER (tkr)

NOT 1 HYRESINTÄKTER, KOMMANDE ÅR	2019	2018
Fordran avseende framtida hyresintäkter för icke uppsägningsbara avtal, förfaller till betalning enligt följande:		
Inom ett år	1 752	2 835
Inom fem år	10 153	11 281
	11 905	14 116

NOT 2 ANSTÄLLDA OCH PERSONALKOSTNADER	2019	2018
Medelantalet anställda		
Kvinnor	162	160
Män	26	29
	188	189

Löner och andra ersättningar		
Styrelse och sjukhuschef	1 876	1 728
Övriga anställda	112 511	102 131
	114 387	103 859

Sociala kostnader		
Pensionskostnader för styrelse och sjukhuschef	563	518
Pensionskostnader för övriga anställda	11 948	12 909
Övriga sociala avgifter enligt lag och avtal	35 212	32 453
	47 723	45 880

Totala löner, ersättningar, sociala kostnader och pensionskostnader	162 110	149 739
--	----------------	----------------

Avtal om avgångsvederlag

Vid uppsägning från arbetsgivarens sida har sjukhuschefen rätt till arton månaders ersättning.

Könsfördelning bland ledande befattningshavare

Andel kvinnor i styrelsen	50 %	50 %
Andel män i styrelsen	50 %	50 %
Andel kvinnor bland övriga ledande befattningshavare	67 %	67 %
Andel män bland övriga ledande befattningshavare	33 %	33 %

NOTER (tkr)

NOT 3 ARVODE TILL REVISORER	2019	2018
Revisionskostnad		
Revisionsuppdrag Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB	86	55
Revisionsverksamhet utöver revisionsuppdrag	188	195
	274	250

NOT 4 LEASING, LEASETAGAREN	2019	2018
Årets leasingkostnader avseende operationella leasingavtal uppgår till 12 232 tkr. Inga väsentliga leasingavtal är ingångna i år. Framtida leasingavgifter, för icke uppsägningsbara leasingavtal, förfaller till betalning enligt följande:		
Inom ett år	9 777	9 776
Senare än ett år men inom fem år	7 419	17 123
	17 196	26 899

NOT 5 AVSKRIVNINGAR

De avskrivningstider som tillämpas enligt plan	Antal år
Maskiner och inventarier	10
Medicinskteknisk utrustning	5
Datautrustning	5
Digital röntgenutrustning	7
Byggnader	100
Byggnader, Stomme	50
Byggnader, Tak	50
Byggnader, Fasad	50
Byggnader, Inre ytskikt	20
Byggnader, Installationer	20

NOTER (tkr)

NOT 6 BYGGNADER OCH MARK	2019	2018
Ingående anskaffningsvärden	469 051	33 966
Inköp	183	0
Omklassificeringar	-185	435 085
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	469 049	469 051
Ingående avskrivningar	-24 785	-15 360
Omklassificeringar	185	0
Årets avskrivningar	-12 584	-9 425
Utgående ackumulerade avskrivningar	-37 184	-24 785
Utgående redovisat värde	431 865	444 266

NOT 7 MASKINER OCH ANDRA TEKNISKA ANLÄGGNINGAR	2019	2018
Ingående anskaffningsvärden	75 214	72 423
Inköp	3 551	4 056
Försäljningar/utrangeringar	-10 252	-483
Omklassificeringar	-329	-782
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	68 184	75 214
Ingående avskrivningar	-56 108	-49 027
Försäljningar/utrangeringar	9 541	474
Omklassificeringar	329	0
Årets avskrivningar	-5 579	-7 555
Utgående ackumulerade avskrivningar	-51 817	-56 108
Utgående redovisat värde	16 367	19 106

NOTER (tkr)

NOT 8 INVENTARIER, VERKTYG OCH INSTALLATIONER	2019	2018
Ingående anskaffningsvärden	18 921	17 035
Inköp	714	1 966
Förlust försäljning/utrangering	-4 783	-862
Omklassificeringar	310	782
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	15 162	18 921
Ingående avskrivningar	-9 976	-9 875
Försäljningar/utrangeringar	4 503	853
Omklassificeringar	-310	0
Årets avskrivningar	-1 549	-954
Utgående ackumulerade avskrivningar	-7 332	-9 976
Utgående redovisat värde	7 830	8 945

NOT 9 ÖVRIGA RÄNTEINTÄKTER OCH LIKNANDE RESULTATPOSTER	2019	2018
Övriga ränteintäkter	1	3
	1	3

NOT 10 PÅGÅENDE ARBETEN	2019-12-31	2018-12-31
Ingående anskaffningsvärden	312	435 602
Omklassificering	-312	-435 602
Pågående byggprojekt	0	312
Summa Pågående byggprojekt	0	312

NOTER (tkr)

NOT 11 AKTIER OCH ANDELAR

	Kapital- andel	Rösträtts- andel	Antal andelar
Aktier och andelar			
Carlanderhälsan AB	100	100	1 500

Carlanderhälsan AB, Organisationsnummer 556309-9943, Säte Göteborg

NOT 12 ANDRA LÅNGFRISTIGA VÄRDEPAPPERSINNEHAV

	2019-12-31	2018-12-31
Ingående anskaffningsvärden	40 139	40 139
Inköp	500	0
Försäljningar/utrangeringar	0	0
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	40 639	40 139
Utgående redovisat värde	40 639	40 139

Marknadsvärde per 2019-12-31 är 47 045 399 kr
(Aktier värda 280 706 kr redovisas i not 13)

NOT 13 AKTIER OCH FONDER

Namn	Bokfört värde	Marknads- värde
Noterade aktier och fonder	165	281
	165	281

NOT 14 ANDRA LÅNGFRISTIGA FORDRINGAR

	2019-12-31	2018-12-31
Lån avseende etablering		
Ingående anskaffningsvärden	1 125	1 125
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	1 125	1 125
Utgående redovisat värde	1 125	1 125

NOTER (tkr)

NOT 15 FÖRUTBETALDA KOSTNADER OCH UPPLUPNA INTÄKTER

	2019-12-31	2018-12-31
Serviceavtal	745	162
Licenskostnader	449	196
Upplupna intäkter	9 440	16 861
Övriga förutbetalda kostnader	328	870
	10 962	18 089

NOT 16 LÅNGFRISTIGA SKULDER

Lån från Carlanderskas vänner ska vid kontinuerlig drift ej betalas tillbaka.

Förfaller senare än fem år efter balansdagen

	2019-12-31	2018-12-31
Lån Danske Bank	357 500	370 495
Carlanderskas vänner	3 910	3 910
	361 410	374 405

NOT 17 ÖVRIGA SKULDER TILL KREDITINSTITUT

	2019-12-31	2018-12-31
Kortfristig del av skuld till kreditinstitut	13 000	13 000
Utnyttjad kredit uppgår till	0	2 068
Summa	13 000	15 068

Beviljat belopp på checkräkningskredit uppgår till 10 000 tkr.

NOT 18 UPPLUPNA KOSTNADER OCH FÖRUTBETALDA INTÄKTER

	2019-12-31	2018-12-31
Upplupna semesterlöner	5 280	5 300
Förutbetalda hyror	3 840	3 982
Upplupna sociala avgifter	3 645	2 760
Upplupen löneskatt	3 022	2 985
Upplupen social avg semesterskuld	1 795	2 295
Övrigt	5 262	3 728
	22 844	21 050

NOTER (tkr)

NOT 19 STÄLLDA SÄKERHETER	2019-12-31	2018-12-31
Fastighetsinteckning	390 000	390 000

NOT 20 EVENTUALFÖRPLIKTELSER

Borgen avseende pension	5 500	5 500
-------------------------	-------	-------

NOT 21 VÄSENTLIGA HÄNDELSE EFTER RÄKENSKAPSÅRETS SLUT

Fram till och med det globala utbrottet av coronaviruset var inledningen av 2020 normal med en omsättning som överstiger föregående år. Med största sannolikhet kommer stiftelsen att påverkas negativt av pandemin vars effekter ännu inte är överblickbara. Det finns därmed risk för negativ finansiell påverkan, på grund av lägre efterfrågan från och med andra kvartalet 2020 och om konsekvenserna blir långvariga. Stiftelsen följer den fortsatta utvecklingen mycket noga och har en förhöjd beredskap att agera bland annat genom potentiella kostnadsbesparingar.



STYRELSE 2019



Jan Lindblom
Ordförande



Ann-Britt Bodin
Vice Ordförande



Ulla-Karin Näslund
Ledamot



Mariella Olsson
Ledamot



Jörgen Isgaard
Ledamot



Kenan Gürbüz
Ledamot



Karoline Rydelid
Suppleant



Vibeke Carlander
Suppleant



Mikael Wallgren
Suppleant



Torbjörn Molander
Sekreterare



Anders Bengtsson
Medicinskt ansvarig



Johan Nilsson
Personalrepresentant



Håkan Nilsson
*Tf sjukhuschef,
ekonomichef*

STYRELSE 2019

STYRELSEN FÖR STIFTELSEN CARLANDERSKA SJUKHUSET

Göteborg 2020-04-17

Jan Lindblom
Ordförande

Ann-Britt Bodin
Vice ordförande

Ulla-Karin Näslund
Ledamot

Mariella Olsson
Ledamot

Kenan Gürbüz
Ledamot

Jörgen Isgaard
Ledamot

Vår revisionsberättelse har lämnats 2020-04-17

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB

Inger Kollberg
Auktoriserad revisor

Gunilla Lönnbratt
Auktoriserad revisor



Revisionsberättelse

Till styrelsen i Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset, org.nr 857200-2312

Rapport om årsredovisningen

Uttalande

Vi har utfört en revision av årsredovisningen för Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset för år 2019. Stiftelsens årsredovisning ingår på sidorna 32-51.

Enligt vår uppfattning har årsredovisningen upprättats i enlighet med årsredovisningslagen och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av stiftelsens finansiella ställning per den 31 december 2019 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året enligt årsredovisningslagen. Förvaltningsberättelsen är förenlig med årsredovisningens övriga delar.

Grund för uttalande

Vi har utfört revisionen enligt International Standards on Auditing (ISA) och god revisionssed i Sverige. Vårt ansvar enligt dessa standarder beskrivs närmare i avsnittet *Revisorns ansvar*. Vi är oberoende i förhållande till stiftelsen enligt god revisionssed i Sverige och har i övrigt fullgjort vårt yrkesetiska ansvar enligt dessa krav.

Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för vårt uttalande.

Övrig upplysning

Revisionen av årsredovisningen för år 2018 har utförts av en annan revisor som lämnat en revisionsberättelse daterad 23 april 2019 med omodifierade uttalanden i Rapport om årsredovisningen.

Annan information än årsredovisningen

Det är styrelsen som har ansvaret för den andra informationen. Den andra informationen består av årsredovisningens framvagn och återfinns på sidorna 1-31 (men innefattar inte årsredovisningen och vår revisionsberättelse avseende denna).

Vårt uttalande avseende årsredovisningen omfattar inte denna information och vi gör inget uttalande med bestyrkande avseende denna andra information.

I samband med vår revision av årsredovisningen är det vårt ansvar att läsa den information som identifieras ovan och överväga om informationen i väsentlig utsträckning är oförenlig med årsredovisningen. Vid denna genomgång beaktar vi även den kunskap vi i övrigt inhämtat under revisionen samt bedömer om informationen i övrigt verkar innehålla väsentliga felaktigheter.

Om vi, baserat på det arbete som har utförts avseende denna information, drar slutsatsen att den andra informationen innehåller en väsentlig felaktighet, är vi skyldiga att rapportera detta. Vi har inget att rapportera i det avseendet.

Styrelsens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för att årsredovisningen upprättas och att den ger en rättvisande bild enligt årsredovisningslagen. Styrelsen ansvarar även för den interna kontroll som denna bedömer är nödvändig för att upprätta en årsredovisning som inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag.

Vid upprättandet av årsredovisningen ansvarar styrelsen för bedömningen av stiftelsens förmåga att fortsätta verksamheten. Den upplyser, när så är tillämpligt, om förhållanden som kan påverka förmågan att fortsätta verksamheten och att använda antagandet om fortsatt drift. Antagandet om fortsatt drift tillämpas dock inte om styrelsen avser att likvidera stiftelsen, upphöra med verksamheten eller inte har något realistiskt alternativ till att göra något av detta.

Revisorns ansvar

Våra mål är att uppnå en rimlig grad av säkerhet om huruvida årsredovisningen som helhet inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, och att lämna en revisionsberättelse som innehåller våra uttalanden. Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men är ingen garanti för att en revision som utförs enligt ISA och god revisionssed i Sverige alltid kommer att upptäcka en väsentlig felaktighet om en sådan finns. Felaktigheter kan uppstå på grund av oegentligheter eller misstag och anses vara väsentliga om de enskilt eller tillsammans rimligen kan förväntas påverka de ekonomiska beslut som användare fattar med grund i årsredovisningen.

Som del av en revision enligt ISA använder vi professionellt omdöme och har en professionellt skeptisk inställning under hela revisionen. Dessutom:

- identifierar och bedömer vi riskerna för väsentliga felaktigheter i årsredovisningen, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, utformar och utför granskningsåtgärder bland annat utifrån dessa risker och inhämtar revisionsbevis som är tillräckliga och ändamålsenliga för att utgöra en grund för våra uttalanden. Risken för att inte upptäcka en väsentlig felaktighet till följd av oegentligheter är högre än för en väsentlig felaktighet som beror på misstag, eftersom oegentligheter kan innefatta agerande i maskopi, förfälskning, avsiktliga utelämnanden, felaktig information eller åsidosättande av intern kontroll.
- skaffar vi oss en förståelse av den del av stiftelsens interna kontroll som har betydelse för vår revision för att utforma granskningsåtgärder som är lämpliga med hänsyn till omständigheterna, men inte för att uttala oss om effektiviteten i den interna kontrollen.
- utvärderar vi lämpligheten i de redovisningsprinciper som används och rimligheten i styrelsens uppskattningar i redovisningen och tillhörande upplysningar.
- drar vi en slutsats om lämpligheten i att styrelsen använder antagandet om fortsatt drift vid upprättandet av årsredovisningen. Vi drar också en slutsats, med grund i de inhämtade revisionsbevisen, om huruvida det finns någon väsentlig osäkerhetsfaktor som avser sådana händelser eller förhållanden som kan leda till betydande tvivel om stiftelsens förmåga att fortsätta verksamheten. Om vi drar slutsatsen att det finns en väsentlig osäkerhetsfaktor, måste vi i revisionsberättelsen fästa uppmärksamheten på upplysningarna i årsredovisningen om den väsentliga osäkerhetsfaktorn eller, om sådana upplysningar är otillräckliga, modifiera uttalandet om årsredovisningen. Våra slutsatser baseras på de revisionsbevis som inhämtas fram till datumet för revisionsberättelsen. Dock kan framtida händelser eller förhållanden göra att en stiftelse inte längre kan fortsätta verksamheten.
- utvärderar vi den övergripande presentationen, strukturen och innehållet i årsredovisningen, däribland upplysningarna, och om årsredovisningen återger de underliggande transaktionerna och händelserna på ett sätt som ger en rättvisande bild.

Vi måste informera styrelsen om bland annat revisionens planerade omfattning och inriktning samt tidpunkten för den. Vi måste också informera om betydelsefulla iakttagelser under revisionen, däribland de eventuella betydande brister i den interna kontrollen som vi identifierat.

Rapport om andra krav enligt lagar och andra författningar

Uttalande

Utöver vår revision av årsredovisningen har vi även utfört en revision av styrelsens förvaltning för Stiftelsen Carlanderska Sjukhuset för år 2019.

Enligt vår uppfattning har styrelseledamöterna inte handlat i strid med stiftelselagen, stiftelseförordnandet eller årsredovisningslagen.

Grund för uttalande

Vi har utfört revisionen enligt god revisionssed i Sverige. Vårt ansvar enligt denna beskrivs närmare i avsnittet *Revisorns ansvar*. Vi är oberoende i förhållande till stiftelsen enligt god revisorssed i Sverige och har i övrigt fullgjort vårt yrkesetiska ansvar enligt dessa krav.

Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för vårt uttalande.

Styrelsens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för förvaltningen enligt stiftelselagen och stiftelseförordnandet.

Revisorns ansvar

Vårt mål beträffande revisionen av förvaltningen, och därmed vårt uttalande, är att inhämta revisionsbevis för att med en rimlig grad av säkerhet kunna bedöma om någon styrelseledamot i något väsentligt avseende:

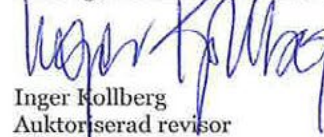
- företagit någon åtgärd eller gjort sig skyldig till någon försummelse som kan föranleda ersättningsskyldighet mot stiftelsen eller om det finns skäl för entledigande, eller
- på något annat sätt handlat i strid med stiftelselagen, stiftelseförordnandet eller årsredovisningslagen.

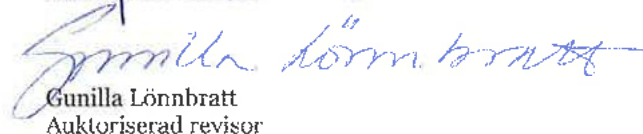
Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men ingen garanti för att en revision som utförs enligt god revisionssed i Sverige alltid kommer att upptäcka åtgärder eller försummelser som kan föranleda ersättningsskyldighet mot stiftelsen.

Som en del av en revision enligt god revisionssed i Sverige använder vi professionellt omdöme och har en professionellt skeptisk inställning under hela revisionen. Granskningen av förvaltningen grundar sig främst på revisionen av räkenskaperna. Vilka tillkommande granskningsåtgärder som utförs baseras på vår professionella bedömning med utgångspunkt i risk och väsentlighet. Det innebär att vi fokuserar granskningen på sådana åtgärder, områden och förhållanden som är väsentliga för verksamheten och där avsteg och överträdelser skulle ha särskild betydelse för stiftelsens situation. Vi går igenom och prövar fattade beslut, beslutsunderlag, vidtagna åtgärder och andra förhållanden som är relevanta för vårt uttalande.

Göteborg den 17 april 2020

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB


Inger Kollberg
Auktoriserad revisor


Gunilla Lönnbratt
Auktoriserad revisor



CARLANDERSKA

MÖJLIGHETERNAS SJUKHUS

STIFTELSEN CARLANDERSKA SJUKHUSET

40545 Göteborg | Besöksadress: Carlandersparken 1 | Växel tel: 031-81 80 00 | www.carlanderska.se | Följ oss gärna på Facebook och Instagram