

Årsrapport 2023

Danderyds Sjukhus AB

Regionrevisorerna

2024-04-09

Diarienummer
RK 2023-0040Styrelsen
Danderyds sjukhus AB**Årsrapport 2023
Danderyds Sjukhus AB**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2024-04-09 att överlämna rapporten till styrelsen för Danderyds Sjukhus AB för yttrande senast 2024-08-31.

Annika Sandström
ordförandeKarelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – Danderyds sjukhus AB

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

Bedömning för år 2023

	Tillfreds- ställande	Inte helt tillfreds- ställande	Otillfreds- ställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat		x	
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	x		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	x		

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Resultatet före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -116 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 2,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att resultatet understiger fullmäktiges resultatkrav.

Sjukhuset har under året haft ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans och uppärbetningsgraden för genomförda åtgärder är 94 procent. Trots effektiviseringsåtgärder når inte sjukhuset resultatkravet, vilket bland annat beror på kostnadsökningar, en högre årlig löneöversyn och att flera avtal fördyrats. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts och att styrelsen behöver säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas för att uppnå god ekonomisk hushållning på sikt.

Styrelsen uppfyller nio av fullmäktiges tolv mål, medan ett mål är delvis uppfyllt och två mål inte uppfylls. Målet *Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara* uppnås delvis. Målen om *En hälso- och sjukvård av god kvalitet* samt *Region Stockholm- attraktiv arbetsgivare* uppnås inte. Reduceringen av inhyrd personal påverkade sjukhusets kapacitet negativt under våren 2023, framför allt inom den planerade sluten vården. Produktionen är sedan dess på normala nivåer och med egen anställd personal. Revisionen vill betona vikten av att styrelsen fortsätter att arbeta med en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten och vidtar åtgärder för att sjukhuset ska bli en attraktiv arbetsgivare.

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

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

Intern styrning och kontroll

Revisionen har under året genomfört en fördjupad granskning av ekonomistyrningen. Revisionen bedömer att styrelsen beslutat om åtgärder för 2023 men att dessa inte fullt ut räckt för att nå fullmäktiges mål om en ekonomi i balans. Vidare bedömer revisionen att det finns ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi och att styrelsen varit aktiv i styrningen av sjukhusets ekonomi. Revisionen bedömer att styrelsen därigenom skapat förutsättningar för en tillräcklig ekonomistyrning och möjligheter att vidta åtgärder för en fortsatt effektivisering av verksamheten. Revisionen konstaterar dock att det för ett resultat i balans 2024 och framåt kommer att krävas fortsatt fokuserat arbete med besparingsåtgärder.

Revisionen har även granskat slutenvårdens vattenförsörjning och bedömningen är att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas på ett par punkter för att förbättra sjukvårdssystemets förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar. Revisionen har också granskat patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet och bedömningen är att ledningen bör säkerställa att högriskpatienter får det stöd de behöver för att hantera sin medicintekniska utrustning i hemmet.

Revisionen har därutöver under året bland annat granskat sjukhusets hållbarhetsarbete, investeringsrutiner samt skatter och avgifter utan väsentliga iakttagelser.

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.

Innehållsförteckning

1. Årlig granskning	5
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat.....	6
2.1. Ekonomiskt resultat.....	6
2.2. Verksamhetsmässigt resultat	7
3. Intern styrning och kontroll.....	10
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....	10
3.2. Granskning av hållbarhetsarbete vid Danderyds sjukhus.....	16
3.3. Patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet ...	19
3.4. Investeringar i medicinteknisk utrustning i vården.....	20
3.5. Avrapporterade granskningar i delrapport	20
3.6. Granskningar utan väsentliga iakttagelser	21
3.7. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	21
4. Räkenskaper.....	21
4.1. Årsredovisningen	21
4.2. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	21
5. Styrelsens yttrande över delrapport 2023.....	22

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Bilaga 2 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Relaterade dokument

Yttrande över delrapport 2023 från *Danderyds sjukhusstyrelsen*, se styrelsemöte 2023-12-20.

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 Danderyds sjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin. Sjukhuset ska även utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), övriga akutsjukhus och regionsfinansierade privata vårdgivare. Danderyds sjukhus ska registrera och spara de biobanksprover som ska bevaras i Stockholms medicinska biobank. Vidare ska sjukhuset bedriva undervisning och klinisk forskning relaterad till sjukvårdsuppdraget.

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 biträtt av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Carolina Sandberg m.fl. vid revisionskontoret. Parallellt med lekmannarevisionen har revision utförts enligt ABL 9 kap. under ledning av auktoriserad revisor Maria Wigenfeldt 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. Lekmannarevisorerna träffar regelbundet bolagsstyrelsen för dialog, senast hösten 2023.

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
Resultaträkning (mnr)			
Verksamhetens intäkter	6 000	6 415	5 731
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 5 976	-6 532	-6 042
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	24	-116	-311
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	83	211
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt	24	-33	-100¹
Balansomslutning (mnr)	-	4 968	4 244
Årsarbetare (antal)	4 092	4 559	4 450

2.1.1. Resultat 2023

Styrelsens resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -116 mnr. Detta är 140 mnr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

Med hänsyn till skattesituationen inom LISAB-koncernen erhåller bolaget dessutom ett koncernbidrag på 83 mnr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till - 33 mnr.

Styrelsen har i enlighet med fullmäktiges budget för 2023² erhållit kompensation för tillfälligt höjda pensionskostnader på 395 mnr, vilket ökat såväl verksamhetens intäkter som kostnader jämfört med året innan.

Styrelsen har med anledning av det negativa resultatet planerat och vidtagit åtgärder för en ekonomi i balans, se avsnitt 2.1.3 samt 3.1

¹ 2022 hade Danderyds sjukhus ett justerat resultat på -226 mnr som användes vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav

² RS 2022-0123.

2.1.2. Jämförelse med budget 2023

Verksamhetens intäkter uppgår till 6 415 mnkr, vilket är 415 mnkr (6,9 procent) högre än budgeterat. Intäkterna för sålda primärtjänster överstiger budgeten med ca 297 mnkr, varav såld hälso- och sjukvård utgör ca 206 mnkr och vårdvalsintäkter ca 37 mnkr. Erhållna bidrag avvek positivt mot budget med 92 mnkr vilket beror på att delar av tillskottet för ökade pensionskostnader budgeterades på sålda primärtjänster i stället för erhållna bidrag.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 6 157 mnkr, vilket är 617 mnkr (11 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 440 mnkr hänförbart till högre kostnader för personal. Kostnaderna för köpta verksamhetsknutna tjänster överstiger budgeten med ca 59 mnkr. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs av flera delposter, bland annat högre läkemedelskostnader (27 mnkr), materialkostnader (47 mnkr) och köpta primära sjukvårdstjänster (10 mnkr). Utfallet för 2023 präglades av kostnadsökningar som en effekt av inflationen. Avseende övriga kostnader finns avvikelse på 53 mnkr för bland annat kundförlust på grund av inkassoärenden.

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

2.1.3. Arbete med åtgärder för ett resultat i balans

Med anledning av under året prognostiserat resultat har styrelsen uppmanats att ta fram en åtgärdsplan för ett resultat i balans. Enligt framtagna åtgärdsplan ska styrelsen kunna uppnå ett resultat i balans 2024. Av verksamhetsberättelsen framgår att de planerade åtgärderna under 2023 delvis har genomförts. Styrelsen har realiserat 224,1 mnkr av den beräknade effekten på 238,6 mnkr för 2023. (Se avsnitt 3.1).

2.1.4. Investeringar

Årets investeringar uppgår till 140,7 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 229 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 61,4 procent. Budgetavvikelsen beror på att sjukhuset internt har planerat för en lägre investeringstakt.

2.1.5. Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts i och med att resultatet underskrider resultatkravet. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,2 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar vidare att sjukhuset har haft en åtgärdsplan för 2023 som inte varit helt tillräcklig. Sjukhuset når inte resultatkravet, trots effektiviseringsåtgärder, vilket beror på högre personalkostnader än budgeterat, kostnadsökningar och att flera avtal fördrats samt att planerade åtgärder inte genomförts fullt ut.

Revisionen bedömer att styrelsen behöver säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas för att uppnå god ekonomisk hushållning på sikt.

2.2. Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1. Måluppfyllelse

Bolaget berörs av 12 av fullmäktiges mål, vilket innebär sammanlagt 32 indikatorer.

Nio av fullmäktiges mål är uppfyllda, ett mål är delvis uppfyllt och två mål uppfylls inte.

En hälso- och sjukvård av god kvalitet (uppfylls inte)

Målet mäts via sex indikatorer, varav två uppfylls och fyra inte uppfylls.

Styrelsen anser dock att detta verksamhets specifika mål är delvis uppfyllt eftersom neurologi bör exkluderas från bedömningen av en av tillgänglighetsindikatorerna. Detta beror på att sjukhuset tar emot en majoritet av alla remisser till neurologin inom regionen då ett antal privata vårdval har stängts samtidigt som övriga sjukhus har bristande kapacitet. Detta lyftes till hälso- och sjukvårdsförvaltningen redan 2022 som fått ansvar att förändra fördelningen av remissflödet. Förvaltningen har ännu inte fått till en utjämning mellan sjukhusen men har beslutat att undanta neurologi från Danderyds sjukhus i tillgänglighetsredovisningen eftersom sjukhuset har tagit på sig ett ansvar för nybesöken i regionen över det uppdrag sjukhuset har.

På grund av det stora remissflödet uppnår inte sjukhuset målet för indikatorn *andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* utan ligger på 67 procent vilket är under målet ($\geq 70\%$). Exklusive neurologi skulle sjukhuset uppnå en måluppfyllelse på 90 procent.

Sjukhusets väntetider har påverkats av reducerad inhyrning av personal då den elektiva (planerade) verksamheten varit neddragen under våren 2023 för att klara det akuta uppdraget. Detta har bidragit till att målvärdet ($\geq 80\%$) inte kunnat nås för behandling inom 90 dagar hos specialist. *Andelen väntande till behandling* var 66 procent men sjukhuset har nått full operationskapacitet med egen personal och anser kunna klara målet 2024.

Tillgänglighetsmålen på akutmottagningen har påverkats negativt av att patientströmningen har ökat med 6,4 procent. Trots att åtgärder har genomförts inom akutflödets olika delprocesser; akut omhändertagande, inläggningsprocessen från akuten, utskrivningsprocessen och vårdplatskapacitet har utfallet för indikatorn *andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning* (37%) inte uppnått målet ($\geq 50\%$). Även indikatorn *medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning* uppnådde inte målet på 52 minuter utan låg på 63 minuter. Ledtiderna har dock förbättrats jämfört mot samma period föregående år.

Region Stockholm- attraktiv arbetsgivare (uppfylls inte)

Målet mäts via sju indikatorer varav fyra inte uppfylls.

Några indikatorer som inte uppfylls är kopplade till frågor i årets medarbetarenkät som hot och/eller våld och kränkande särbehandling. Årets resultat ligger strax under målnivåerna. Indikatorn *andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld* har förbättrats med tre procentenheter jämfört med förra året. Årets resultat ligger på 9 procent och har inte uppnått målet ($\leq 8\%$). Indikatorn *andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling* ligger kvar på samma nivå som år 2022 (7%) och därmed har inte målvärdet uppnåtts ($\leq 6\%$). Insatser kring området har gjorts inom projektet *hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö* samt riktade insatser i form av utbildning, teamutveckling och handledning.

De två resterande indikatorerna som inte uppfylls rör sjukfrånvaro och personalomsättning. Regionens mål att *sjukfrånvaron i relation till ordinarie arbetstid* ska uppgå till maximalt 6,1 procent har inte uppnåtts utan ligger på 6,9 procent, vilket är en

förbättring med en procentenhet jämfört med förra året. Det är främst korttidsfrånvaron som har minskat.

Personalomsättningen har ökat från 12,1 procent 2022 till 13,2 procent och ligger över målet ($\leq 7,9$ %). Under år 2023 har gruppen sjuksköterskor och barnmorskor haft störst omsättning med 18 procent. Sjukhuset tar upp vikten med att fortsätta analysera och titta på orsakerna till att medarbetare väljer att sluta alternativt byta tjänst inom Danderyds sjukhus.

Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara (uppfylls delvis)

Målet mäts via två indikatorer varav en inte uppfylls. Under 2023 ökade *andelen matsvinn från patientmåltider* med cirka 7 procent i vikt jämfört med basåret 2021. Målet att minska matsvinn jämfört med 2021 uppnås därmed inte. Utmaningen finns i att mäta matsvinn vilken bygger på en tallrikssvinnsmätning, schabloniserad portionsvikt och antal serverade portioner.

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

2.2.2. Produktion

Sjukhuset har under året producerat 30 161 (7,4 %) öppenvårdsbesök, vilket är fler än budgeterat. De planerade besöken står för cirka 77 procent av den totala avvikelserna och är 23 315 fler än budgeterat. De akuta öppenvårdsbesöken är 6 846 fler än budgeterat. Jämfört med år 2022 produceras 7,4 procent fler öppenvårdsbesök 2023.

Det totala antalet slutenvårdstillfällen är 1 849 (3,8 %) färre än budgeterat. De planerade slutenvårdstillfällena är 183 färre än budget och de akuta slutenvårdstillfällena är 1 666 färre än budget. Jämfört med år 2022 produceras 3,8 procent färre slutenvårdstillfällen 2023.

Antal vårdplatser har i snitt varit 448 under året vilket är 69 färre än budget. Jämfört med helår 2022 har sjukhuset i snitt haft två fler vårdplatser öppna. Sjukhuset konstaterar att det behövs fler vårdplatser, då flera kliniker har en belägningsgrad som överstiger 100 procent. Det regionala arbetet med att reducera inhyrd personal påverkade sjukhusets kapacitet, då rekryteringen av egenanställd personal inte gått lika snabbt som reduktionen av inhyrd personal.

Sjukhusets utfall i DRG-poäng för helår 2023 motsvarar 102,3 procent av avtalad målvolymer, efter korrigeringar i årsbokslutet. Sjukhuset har en förbättrad produktivitet jämfört med föregående år vid beräkning av antal producerade DRG-poäng³ per helårsarbetsnärvaro.

Produktiviteten har enligt styrelsens beräkningar ökat med 0,9 procent. Arbetet med att förbättra produktiviteten pågår kontinuerligt. Sjukhuset jobbar med flöden, från ankomst akuten till utskrivning från avdelning, för att effektivisera den totala vårdtiden och för att möjliggöra vård av fler patienter på samma antal vårdplatser.

³ Sjukhusen får ersättning per DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper. DRG-systemet innebär att patienters vårdkontakter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp (DRG) och ges en vikt.

2.2.3. Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Det är dock viktigt att styrelsen fortsätter att arbeta med en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten. Vidare bedömer revisionen att det krävs ytterligare åtgärder för att sjukhuset ska bli en attraktiv arbetsgivare i enlighet med fullmäktiges mål.

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

Årets resultat uppgår till -116 mnkr. Detta är 140 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav, vilket innebär att sjukhuset inte når ekonomi i balans för 2023. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar cirka 2,2 procent av omsättningen. Styrelsens prognostiserade resultat i delårsrapporten per augusti 2023 uppgick till -155 mnkr, vilket var 179 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav (avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarade cirka 2,8 procent av omsättningen). Det förbättrade resultatet beror framför allt på ökade intäkter och den reducerade kostnaden för inhyrd personal samtidigt som antalet anställda i princip har varit oförändrad. Att sjukhuset trots detta inte når resultatkravet beror på generella kostnadsökningar, en högre årlig löneöversyn och att flera avtal fördyrats.

Revisionen har under året genomfört en fördjupad granskning av ekonomistyrningen. Samtliga regionägda akutsjukhus har granskats parallellt. En första avrapportering gjordes i delrapporterna för respektive sjukhus och en motsvarande rapportering för året görs i respektive sjukhus årsrapport.

3.1.1. Tidigare granskning av ekonomistyrningen

Revisionen bedömde i delrapporten att det på Danderyds sjukhus finns ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi. Sjukhuset har ett tydligt ramverk för ekonomi- och verksamhetsstyrning. Ansvar är fördelat på ett sätt som stämmer överens med regionens styrdokument. Vd har ett övergripande ansvar och verksamhetsområdescheferna har ansvar för sin budget och produktion.

Revisionen konstaterade vidare att sjukhuset hade ett åtgärdsprogram för att uppnå en ekonomi i balans men att de effektiviseringsåtgärder som beslutats fram till delåret inte var tillräckliga för att nå resultatkravet. Revisionen konstaterade samtidigt att styrelsen då tagit ställning till att det går att genomföra ytterligare effektiviseringsåtgärder.

3.1.2. Styrelsens hantering av avvikelser

Styrelsen för Danderyds sjukhus har ett övergripande ansvar för ekonomistyrningen. Det innebär att styrelsen ska besluta om verksamhetsplan och budget. Styrelsen ska vidare säkerställa att verksamhetsmålen kan nås inom beslutade ekonomiska ramar. Vid avvikelser ska styrelsen vidta åtgärder, vilket framgår av regionens riktlinjer för styrning.

Styrelsen har under året regelbundet fått information om sjukhusets ekonomiska situation av sjukhusledningen och arbetet med åtgärdsprogrammet har varit en stående punkt på styrelsemötena. Styrelsen har fått fördjupad uppföljning av åtgärdsprogrammet och av presentationerna har det framgått prognosticerat utfall för helåret. Styrelsen har därutöver gett vd i uppdrag att ta fram en plan med ytterligare åtgärder för att säkra att den åtgärdsplan för ekonomi i balans som tagits fram ger avsedd effekt (i maj respektive september).

Styrelsen för Danderyds sjukhus beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt 191 mnkr i samband med tertialrapporten för 2023. Åtgärdsprogrammet reviderades i delårsrapporten och uppgick till 238 mnkr. På styrelsemötet i september konstaterade styrelsen att sjukhusets prognos innebar ett negativt resultat för år 2023 på -155 mnkr, trots det utökade åtgärdsprogrammet. Styrelsen betonade att de såg allvarligt på det prognostiserade underskottet. På septembermötet beslutade styrelsen att fastställa delårsrapporten och gav vd i uppdrag att ta fram en plan med inriktning på ekonomisk balans.

På styrelsemötet i november presenterades sjukhusets organisationsförändring inför 2024 som ett led i att uppnå en ekonomi i balans. Därtill ska en fortsatt regional samverkan (Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset) fortgå. Det framgick även att sjukhuset planerar att fortsätta ha anställningsstopp med höga dispenskrav.

Styrelsen har i både tertial- och delårsrapporterna för 2023 angett att resultatkravet inte kommer att nås, men styrelsen har inte i enlighet med regionens modell för integrerad ledning och styrning lämnat någon formell framställan med anledning av sin ekonomiska situation till regionstyrelsen. Däremot har sjukhuset haft kontakter med regionledningskontoret (RLK) och enligt sjukhuset är RLK medvetna om sjukhusets ekonomiska situation och har inte begärt någon formell framställan.

3.1.3. Sjukhusets åtgärdsprogram

Revisionens fortsatta granskning av ekonomistyrningen har fokuserat på sjukhusets åtgärdsplaner.

Styrelsen för Danderyds sjukhus beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt cirka 213 mnkr i samband med budget 2023⁴. I budgetavstämningsärendet i mars 2023 beslutade fullmäktige att tillföra akutsjukhusen ytterligare två miljarder kronor⁵. Danderyds sjukhus fick 382 mnkr och åtgärdsprogrammet reviderades till att omfatta cirka 191 mnkr. I sjukhusets delårsrapport⁶ framgår en grov beskrivning av åtgärdsprogrammet på drygt 238 mnkr. Jämförelser i utfall framgår i verksamhetsberättelsen för 2023⁷.

⁴ Verksamhetsplan 2023 RS 2022-0638

⁵ § 24. Avstämning av Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022-0638, 2023-03-20.45,8

⁶ Delårsrapport 2023 RS 2023-0407

⁷ Verksamhetsberättelse RS 2023-0819

Åtgärdsplanen innehåller nio delområden enligt följande:

Tabell 1 Danderyds sjukhus åtgärdsplan 2023

Åtgärder (Mnkr)	Åtgärdsplan 2023	Realiserad effekt 2023
Produktion över beställning	61,0	49,4
Utomlän/utrikesintäkter/övriga intäkter	25,0	43,4
Inhyrd personal (netto-besparing jmf 2022)	46,0	46,2
Minska administration och personalkostnader	60,0	40,2
Minska laboratorietjänster	10,0	0
Minska kostnader för läkemedel	1,0	0
Inköp- och upphandling	5,0	7,9
Lokaler och investeringar	15,0	26,4
Övrigt (material, textilier, tjänster etc)	15,6	10,6
Summa	238,6	224,1

Under 2023 realiserades effekter upp till 224 miljoner kronor, vilket motsvarar 94 procent av åtgärdsprogrammet.

Sjukhuset har två intäktsåtgärder för att klara internt budgeterade produktionsvolymerna och på så sätt överträffa beställda volymer samt att öka utomlänsvården och övriga externa intäkter. Den realiserade effekten blev sammanlagt 92,8 miljoner, det vill säga 6,8 miljoner mer än budgeterat.

Kostnaderna för inhyrd bemanning är betydligt lägre jämfört med föregående år. Dyra lösningar som övertid och inhyrd personal ska fortsätta minskas och administrativa kostnader reduceras. Sjukhuset arbetar även med effektiviseringar inom och mellan verksamhetsområden och verksamhetsförändringar planeras.

Sjukhuset har sett över så kallad "onödig provtagning" för att dämpa kostnadsökningar för laboratorieanalyser men ingen realiserad effekt har varit möjlig. Kostnader på förbrukningsvaror som läkemedel, material och övriga kostnader har samtidigt ökat på grund av inflationen, därav den mindre realiserade effekten.

När det gäller Inköp och upphandling har sjukhuset sett över befintliga avtal och uppnått effektivare upphandlingar. Den realiserade effekten är nästan tre miljoner högre än budgeterat.

Åtgärdsområdet Lokaler och investeringar har en realiserad effekt på 26,4 miljoner, vilket är 11,4 miljoner mer än budgeterat. En generell hyresreducering minskade lokal-kostnaden mer än budgeterat. Danderyds sjukhus har beslutat att avsluta sjukhusets avtal avseende driften av patienthotellet från och med 31 januari 2024.

Revisionen har valt att särskilt granska kostnadsänkande åtgärder inom det administrativa området och minskningen av materialkostnader. Revisionen har även granskat rapporteringen av utfallet.

3.1.4. Effektiviseringsåtgärder i verksamheterna

Resultatkraven i verksamheterna har baserats på en övergripande bedömning om vad som är en rimlig nivå på effektiviseringar. Utifrån kravet har verksamheterna gjort gapanalyser där de ställt resultatkravet mot aktuell kostnadsnivå. Varje verksamhetsområde har utifrån detta tagit fram effektiviseringsåtgärder. Budgeten har brutits ner på enheterna där klinikcontroller tillsammans med chef lagt en åtgärdsplan för året⁸.

Åtgärdsplanerna har fastställts och har kontinuerligt följts upp på möten, så kallade Verksamhetsuppföljning⁹. Vd är ordförande och verksamhetsområdeschefer, ekonomidirektör, controllerchef, HR- direktör, chefläkare och kvalitetsstrateg deltar i mötena. På mötena görs överenskommelser om korrigerande åtgärder och handlingsplaner rörande avvikelser. Vid avvikelser i åtgärdsplanen tas dessa upp med berörd verksamhetschef.

I april 2023 hade verksamhetsområdet Rehabmedicinska Universitetskliniken ett prognosticerat minusresultat på cirka åtta miljoner kronor. I slutet av 2023 var gapet täckt. Den största besparingen gjordes på personalsidan och det största besparingskravet låg i minskad inhyrning vilket har stoppats helt. Dessutom har inte administrativ personal återbesatts vid naturlig avgång. Ingen rekrytering har fått genomföras utan dispensansökan. De har även varit mycket restriktiva med inköp och samtliga fakturor går via verksamhetschefen.

I regionens budgetavstämningsärende¹⁰ fick Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) i uppdrag att återkomma med en gemensam åtgärdsplan för att dels effektivisera verksamheten och sänka kostnadsnivån, dels påskynda omställningen mot en ökad andel primärvård. Sjukhuset har under året deltagit i det gemensamma arbetet och bland annat rapporterat in uppgifter till Karolinska som är ansvariga för den del som handlar om produktionsplanering.

3.1.4.1. Administrativa kostnader

I sjukhusets åtgärdsprogram finns ett åtgärdsområde som heter Minska administration och personalkostnader. Den realiserade effekten för 2023 blev 40,2 mnkr (budgeterat 60 mnkr). I augusti 2023 beslutades om att kostnaderna för den centrala administrationen skulle minska med 10 procent, vilket bland annat omfattar omorganisation av ett

⁸ Strategisk planering, mått och uppföljningssystem 2024, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm

⁹ Verksamhetsuppföljning (VUF) med vd DSVT-S-394566

¹⁰ RS 2022-0638

antal administrativa enheter. Större delen av besparingen avser lönekostnader i huvudsak inom sjukhusledning, controlling och personalavdelningen.

Det framgår av sjukhusets verksamhetsplan för 2023 att kostnaderna för administrativa tjänster och funktioner ska ses över. Detta arbete har ingått som en del av det sjukhusövergripande arbete med att minska de administrativa kostnaderna som sjukhuset har deltagit i tillsammans med Södersjukhuset och Södertälje sjukhus. Det är styrelserna för de tre sjukhusen som har gett sjukhusen det gemensamma uppdraget och styrgrupp för arbetet är de tre sjukhusens vd:ar. Sjukhusövergripande möten har genomförts och risk- och nyttokalkyler samt effektberäkningar har tagits fram för olika områden. De föreslagna förändringarna har förankrats fackligt på respektive sjukhus.

Projektet har i februari 2024 övergått till ett permanent samarbete. Besparingar har identifierats motsvarande 30 till 32 helårsarbeten (för år 2023 15 helårsarbeten) samt utöver det besparingar på 7,2 mnkr. Ett exempel är att sjukhuset delar tjänsten som redovisningschef mellan Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Flera av åtgärderna beräknas främst ha ekonomiska effekter 2024 eller 2025.

3.1.4.2. Materialkostnader

I åtgärdsplanen för Danderyds sjukhus finns inte ett särskilt åtgärdsområde med namnet Materialkostnader utan revisionen har granskat området Inköp och upphandling som ligger närmast till Material.

Inom uppdraget för inköp ingår anskaffning av både varor och tjänster till sjukhuset. Inköpen till Danderyds sjukhus uppgår till cirka 100 miljoner per månad. Majoriteten av inköpen görs via avtal, endast fem till tio procent görs utanför avtalen.

I ett tidigt skede av upphandlingsprocessen bjuds leverantörer och expertgruppen in till dialog för att inhämta information kring förväntade livscykelkostnader. Beräkningar av livscykelkostnader görs och används som underlag för tilldelningskriterium vid upphandlingar med förväntad hög kostnad för drift och underhåll.

Leverantörsmarknaden är föränderlig och sjukhuset anser det vara nödvändigt att avsätta tid för uppföljning. Ett inköpssystem (Clockwork) används för uppföljning av inköp och kostnader. Sedan 2019 (med undantag för pandemiperioden) framställs en Månadsrapport för inköp som samtliga verksamhetsområdeschefer erhåller. I rapporten finns information om kostnader och volymer. Syftet med månadsrapporten är att förtydliga inköpsflöden på sjukhuset, den fungerar även som en del i arbetet med regel efterlevnad (compliance).

3.1.4.3. Uppföljning av utfall av åtgärder

Sjukhusledningen har månadsvis följt upp utfallet av åtgärdsprogrammet i verksamheterna tillsammans med ledningen för respektive verksamhetsområde. Inför uppföljningen har den controller som ansvarar för den aktuella verksamheten tagit fram uppföljningsmaterial för verksamhetsområdet. Uppföljning av effekthemtagning har även redovisats på övergripande nivå till vd. Sjukhuset har ett decentraliserat system för genomförande samt uppföljning av kostnadssänkande åtgärder vilket innebär att respektive verksamhet följer upp och återrapporterar effekten av de beslutade åtgärderna.

Sjukhuset betonar att det är uppföljningen på totalen, det vill säga varje enskild verksamhets resultat jämfört med budget som är det viktigaste.

3.1.5. Förutsättningar inför 2024

Åtgärdsprogrammet för 2024 ligger på 132 mnkr (inklusive intäktsåtgärder). Programmet förväntas räcka för att täcka sjukhusets bedömda ekonomiska gap på drygt 100 mnkr år 2024¹¹. Den största besparingen (40 mnkr) kommer att göras inom administration och personal. Den budgeterade effekten inom inhyrning av personal och inom området övrigt prognostiseras bli 20 mnkr för var och en. Enligt sjukhusets verksamhetsberättelse saknas åtgärdsprogram för 2025 då sjukhuset jobbar med årlig budget för åtgärderna i samband med verksamhetsplaneringen.

Första januari trädde nya sjukhusavtal för perioden 2024–2027 i kraft för de regionägda akutsjukhusen. Ersättningsmodellen är något förändrad jämfört med tidigare sjukhusavtal med en högre nivå av fast ersättning. Vid produktion över hundra procent ökar den rörliga ersättningen till 40 procent men taket för ersättning är som tidigare satt till 104 procent. De nya avtalen förväntas stödja utvecklingen av nya arbetssätt, samverka med övriga vårdgivare och stärka utvecklingen mot en tillgänglig och nära vård.

Volymerna i 2024 års beställning från hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ökat med tre procent. Danderyds sjukhus har inför år 2024 bedömt att vårdbeställningen skulle behöva öka med cirka sex procent för att täcka uppskattat vårdbehov.

3.1.6. Jämförelse mellan de granskade akutsjukhusen

Revisionen har under året granskat ekonomistyrningen på de regionägda akutsjukhusen parallellt. Sjukhusens negativa avvikelse i förhållande till resultatkravet som motsvarar mellan 2,2 och 2,8 procent av omsättningen där Danderyds avvikelse var 2,2 procent.

Samtliga sjukhus har haft åtgärdsprogram och har vidtagit olika åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. Inget av sjukhusen har fullt ut kunnat realisera planerade effekter av åtgärderna utan har genomfört mellan 62 procent och 94 procent av åtgärdsprogrammet. Danderyds sjukhus är det akutsjukhus som uppnådde högst effekt med ett utfall på 94 procent. Den budgeterade effekten i åtgärdsprogrammet för 2023 jämfört med totala kostnaden för 2022 indikerar i viss mån ambitionsnivån på sjukhusets åtgärdsplan. Variationen mellan sjukhusen var 2 till 5 procent och Danderyds åtgärdsprogram låg på 4 procent.

Den åtgärd som fått störst effekt på samtliga sjukhus är minskning av inhyrd personal. Akutsjukhusen har arbetat aktivt med att reducera inhyrningen och andelen inhyrd bemanning av totala personalkostnader varierar mellan 1,5 procent och 4 procent för år 2023. Detta kan jämföras med föregående år då variationen låg mellan 3,5 procent och 7,6 procent. Danderyds sjukhus har haft lägst andel inhyrd bemanning 2023 och har minskat andelen inhyrd personal med 2,6 procentenheter jämfört med 2022 (från 4,1 till 1,5 procent).

¹¹ Verksamhetsplan 2024 RS 2023-0710

3.1.7. Bedömning

Revisionen konstaterar att styrelsen återkommande gett sjukhusledningen i uppdrag att ta fram effektiviseringsåtgärder och betonat vikten av tillräckligt kraftfulla åtgärder för en ekonomi i balans. Revisionen konstaterar att styrelsen regelbundet har följt åtgärdsprogrammet och fått fördjupad information om programmet och uppföljning av genomförda åtgärder. Styrelsen har även, tillsammans med styrelserna för Södersjukhuset och Södertälje sjukhus, gett sjukhusen i uppdrag att minska de administrativa kostnaderna. Revisionen bedömer att styrelsen varit aktiv när det gäller åtgärder för att stärka sjukhusets ekonomi.

Vidare konstaterar revisionen att styrelsen för Danderyds sjukhus beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt 191 mnkr i samband med tertialrapporten för 2023, som reviderades i delårsrapporten till cirka 238 mnkr. Programmet fick inte full effekt under året utan utfallet av åtgärdsprogrammet blev 94 procent. Flera av åtgärderna är långsiktiga och förväntas få effekter kommande år vilket gäller både det egna åtgärdsprogrammet och de sjukhusgemensamma programmen. Revisionen bedömer att styrelsen beslutat om åtgärder för 2023 men att dessa inte fullt ut räckt för att nå fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.

Revisionen konstaterar att åtgärdsprogrammet för 2024 ligger på 132 mnkr och att programmet förväntas räcka för att täcka sjukhusets bedömda ekonomiska gap på drygt 100 mnkr år 2024. Revisionen bedömer att styrelsen behöver säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas även på längre sikt för att nå fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.

Revisionen bedömer liksom i delrapporten att sjukhuset har ett tydligt ramverk för ekonomistyrning och att sjukhuset har ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi. Revisionen bedömer att styrelsen därigenom har skapat förutsättningar för en tillräcklig ekonomistyrning och därmed möjligheter att vidta åtgärder och för en fortsatt effektivisering av verksamheten.

Revisionen konstaterar att det för ett resultat i balans 2024 och framåt kommer att krävas fortsatt fokuserat arbete med besparingsåtgärder.

3.2. Granskning av hållbarhetsarbete vid Danderyds sjukhus

Revisionen har granskat om sjukhuset bedriver ett systematiskt miljöarbete i enlighet med lagstiftning och regionens regelverk. Enligt regionfullmäktiges budget för 2023 ska hållbarhet genomsyra allt arbete i Region Stockholm och klimatmålen ska nås¹².

I december 2021 beslutades Region Stockholms första hållbarhetspolicy och hållbarhetsstrategi 2022–2027 och dessa gäller för samtliga nämnder och bolag. Den samlade hållbarhetsstyrningen följer Region Stockholms styrmodell Integrerad ledning och styrning (ILS) och består av en hållbarhetspolicy som fastställer Region Stockholms inriktning rörande hållbarhet på lång sikt, en hållbarhetsstrategi, samt mål i budget¹³.

Av regionens hållbarhetspolicy framgår att Region Stockholm ska bidra till en hållbar konsumtion och produktion. Klimatpåverkan från Region Stockholms verksamheter

¹² RS 2022-0123

¹³ RS 2020-0779

och konsumtion av varor och tjänster ska minska samt att produkter och material så långt som möjligt ska återvinnas¹⁴.

3.2.1. Sjukhusets organisering och styrning av miljöarbetet

År 2003 blev Danderyds sjukhus AB miljöcertifierat enligt standarden ISO 14001. Enligt sjukhuset skapar miljöledningssystemet förutsättningar för ett systematiskt arbete med miljöpåverkan och förbättrat miljöresultat. Riktlinjer, instruktioner och mallar som behövs för att styra miljöarbetet finns samlade i miljöledningssystemet. Där ingår rutiner för riskanalys och resultatet av analysen ligger sedan till grund för prioritering av sjukhusets miljöarbete samt vilka aktiviteter som behöver styras eller åtgärdas¹⁵.

På sjukhusets intranät finns information om hållbarhetsarbetet på sjukhuset där de anställda kan ta del av informationen och hur arbetet fortskrider. Sjukhuset har flera olika interna dokument som berör miljöarbetet. Riktlinjer för mätning och uppföljning utgår från "Mät och uppföljningsplan, miljö" och omfattar mätningar som görs med koppling till sjukhusets viktigaste miljöpåverkan och bindande miljökrav. Denna plan är en del av uppföljningen som syftar till att säkerställa att miljöarbetet fungerar ändamålsenligt. I den framgår vad som ska mätas, hur ofta och vem som är ansvarig för mätningen.

Verksamhetsuppföljningar sker minst sju gånger per år där vd, ekonomidirektör, HR-direktör, controllers med verksamhetscheferna samlas. Vid tre tillfällen per år redovisas resultatet av miljöarbetet.

Det genomförs både interna och externa revisioner av sjukhusets miljöarbete. Ett av kraven för ett certifierat ledningssystem är att utföra interna revisioner. Syftet är att identifiera förbättringsmöjligheter samt att säkerställa uppfyllelse av gällande lagstiftning, standarder och andra krav. Riktlinjer finns som beskriver det praktiska genomförandet av internrevision och omfattar samtliga verksamhetsområden¹⁶.

Ansvar och roller

Sjukhuset har flera interna dokument som reglerar ansvaret för hållbarhetsfrågorna på sjukhuset. Av dessa framgår att vd har ett övergripande ansvar för att säkerställa att lagar och andra bindande krav inom miljöområdet efterlevs¹⁷. Vd har även ansvar för att tilldela resurser för att driva miljöarbetet. Verksamhetscheferna har ansvar för att lagar och andra bindande krav inom miljöområdet efterlevs i sin verksamhet. Cheferna har dessutom ansvar för att verksamheten integrerar egna miljömål i sin verksamhetsplan kopplade till de övergripande målen för sjukhuset.

Sjukhusets samordnare för miljöområdet arbetar kontinuerligt med miljöhandläggare från varje verksamhetsområde och miljöombud som finns på varje avdelning. De träffas var sjätte vecka och utgår från en fast agenda. Gruppen driver och samordnar miljöarbetet samt sprider kunskap och information om miljöfrågor på sjukhuset. Sjukhusets samordnare tar även ansvar för att styrelsen får den information som krävs för att driva ett tydligt miljöarbete. Det finns en skriftlig fördelning av uppgifter för miljöarbetet för chefer, miljöhandläggare och miljöombud¹⁸, det finns även ett årshjul.

¹⁴ RS 2019-0857

¹⁵ Hållbarhetsrapport 2022 Danderyds sjukhus AB

¹⁶ Interna revisioner- instruktion för internrevision av ledningssystem DSVT-S-2449486

¹⁷ Miljölagar och andra bindande miljökrav. DSVT-S-586478

¹⁸ Skriftlig fördelning av miljöarbetsuppgifter. DSVT-S 1031554

Styrelsen får information om måluppfyllelsen för fullmäktiges indikatorer främst genom verksamhetsberättelsen, del- och helårsbokslut. På styrelsemötet i februari beslutades att Hållbarhetsrapporten 2022 skulle fastställas. Rapporten innehåller hållbarhetsrapportering för bland annat miljö, social hållbarhet, personal och motverkande av korruption.

Danderyds sjukhus samarbetar med Södersjukhuset och Södertälje sjukhus i fråga om miljöarbete. Samordnarna träffas regelbundet cirka varannan månad.

3.2.2. Arbetet med indikatorer inom 2035: Flöden i Region Stockholms verksamheter är cirkulära

Fullmäktige har beslutat att sjukhuset ska uppfylla flera indikatorer inom inriktningsmålet *En hållbar regional utveckling*. Revisionen har särskilt granskat arbetet för att nå de två indikatorerna som hör till *verksamhetsspecifikt mål; 2035: Flöden i Region Stockholms verksamheter är cirkulära*.

Den ena indikatorn avser åtgärder som ökar livslängden för produkter och material och som ger hållbarhetsnytta. Sjukhuset har valt att prioritera textil och sjukvårdsprodukter. En av åtgärderna handlar om att minska textilsvinn och onormal kassation, som till exempel uppklippt eller uppskuren textil som personalen har åsamkat. Två informationstillfällen är inplanerade under 2024, därefter mäts effekten i antal klädesplagg och vad det motsvarar i kronor. Detta mot bakgrunden att Danderyds sjukhus under 2022 fick ersätta textilier till ett värde på 4 mnkr, vilket motsvarar cirka 40 000 i borttappade textilier. Den andra åtgärden handlar om att byta ut engångsprodukt till flergångsprodukt. I nuläget gäller det produkten spekulum som är ett instrument som används för att vidga kroppshåligheter vid undersökningar. Projektet drivs inom Kvinnokliniken och fler instrument kan komma att bli aktuella. Projektet kommer att utvärderas och lärdomarna kan senare spridas till andra verksamhetsområden.

Den andra indikatorn avser åtgärder för att öka materialåtervinning av produkt- och materialflöden som är högkvalitativ (det vill säga att värdet av materialet ska bevaras i högsta möjliga mån). Sjukhuset planerar att implementera cirkulära plastförkläden och att öka plaståtervinning av annan plast. De cirkulära plastförklädena planeras att användas i all verksamhet där så är möjligt. Den enskilde vårdenheten kommer att göra en risk och konsekvensanalys för att bedöma risker för smitta och felsortering samt om de basala hygienrutinerna kan efterlevas. Utifrån resultatet från den cirkulära hanteringen av använda plastförkläden går det att beräkna den minskade utsläppen av koldioxid. Syftet är även att denna åtgärd kan leda till robusthet då förklädena tillverkas i Sverige. Den andra åtgärden, att öka återvinning av annan plast innebär att tillsammans med verksamheter och återvinningsentreprenör hitta möjlig plast att återvinna som inte återvinns idag. Målet är att hitta plastflöden som idag läggs i hushållsavfallet men som kan återvinnas. Detta förväntas leda till minskat koldioxidutsläpp, vilket kommer att mätas.

3.2.3. Framtida utmaningar

Sjukhuset anser att det är väsentligt att säkerställa att all personal har genomgått utbildningen inom hållbarhet som finns på Lärtorget. Hållbarhetsutbildningen är

obligatorisk och innehåller olika delar som till exempel hållbar konsumtion, biologisk mångfald, giftfria miljöer och diskrimineringsfrågor. Sedan några år tillbaka genomför endast cirka 60 procent av anställda miljöutbildningen trots att cheferna uppmanar personalen. Det är viktigt att alla genomgår utbildningen för att öka kunskapen om vikten av hållbarhetsarbetet. En annan utmaning är knuten till sjukhusets ekonomi. Mer miljövänliga alternativ är många gånger dyrare än de gamla artiklar som används i nuläget. Det är även en utmaning att ta fram relevanta och mätbara nyckeltal för att mäta effekter på åtgärder.

3.2.4. Bedömning av hållbarhetsarbete

Revisionen bedömer att sjukhuset i sitt miljöarbete utgår från regionens hållbarhetspolicy och hållbarhetsstrategi och har en tydlig ansvarskedja inom miljöarbetet. Vidare bedömer revisionen att sjukhuset vidtar åtgärder för att uppnå en verksamhet som är cirkulär. Detta görs bland annat genom att minska textilsvinn och ersätta engångsprodukter med flergångsprodukter. Sjukhuset arbetar även med att implementera cirkulära plastförkläden och att öka plaståtervinning, i syfte att uppnå en långsiktigt minskad resursanvändning som ska leda till en mer hållbar regional utveckling.

Revisionen bedömer att det på sjukhuset finns ett strukturerat arbete med planering och uppföljning av miljömässig hållbarhet. Givet att det finns framtida utmaningar inom området vill revisionen peka på vikten av att sjukhuset fortsätter arbetet med hållbarhetsindikatorerna.

3.3. Patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet

I ett särskilt projekt¹⁹ har revisionen granskat om patientsäkerheten är säkerställd vid användning av medicinteknisk utrustning i hemmet. Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde, Karolinska universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus. Danderyds sjukhus AB har granskats utifrån sitt ansvar för hemdialys och förskrivning av andningshjälpmedel för egenvård i hemmet. Granskningen har omfattat andningshjälpmedel, dialysmaskiner och pumpar för smärtlindrande läkemedel.

Dialysverksamheten ger ett gott stöd till patienter vid såväl egenvårdsbedömning som hemdialys och uppföljning. Det är tydligt för patienterna var de ska vända sig och såväl teknik- som vårdrelaterade frågor omhändertas av dialysmottagningen eftersom mottagningen har ansvar för såväl dialysmaskiner som vård. Revisionen bedömer att patientsäkerheten vid hemdialys är säkerställd för Danderyds sjukhus.

För att en patient ska komma i fråga för egenvård ska en egenvårdsbedömning göras. Det innebär att behandlande, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer huruvida en patient har förutsättningar att själv eller med hjälp av någon annan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd.²⁰ Egenvårdsbedömningar ska enligt lag utformas individuellt. I granskningen framkommer det att uppföljningen av förskrivna andningshjälpmedel inte sker individanpassat. Det framkommer även att den uppföljning som

¹⁹ Regionrevisorerna, Projektrapport 12/2023 Patientsäker hantering av medicinteknisk utrustning i hemmet

²⁰ Lag (2022:1250) om egenvård

planeras vid förskrivning inte genomförs enligt plan. Revisionen bedömer att avsaknaden av individanpassad uppföljning gör att patientsäkerheten inte är säkerställd fullt ut. Revisionen bedömer vidare att det bör vara till nytta för såväl verksamhet som patienter att identifiera särskilt utsatta grupper för att kunna fokusera resurser på patienter med hög risk och minska risken för återinläggning.

Sammanfattningsvis konstaterar revisionen att arbetet med att säkerställa patientsäkerheten vid användning av medicinteknisk utrustning i hemmet behöver stärkas på ett par punkter. Revisionen har därför rekommenderat ledningen för Danderyds sjukhus att identifiera högriskpatienter och säkerställa att de får det stöd de behöver för att hantera sin medicintekniska utrustning i hemmet.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till styrelsen för Danderyds sjukhus för yttrande senast 2024-05-31.

3.4. Investeringar i medicinteknisk utrustning i vården

I ett särskilt projekt²¹ har revisionen granskat styrningen av utrustningsinvesteringar inom vården i syfte att bedöma om behovet är samordnat mellan berörda parter och att prioriteringar sker inom ramen för en god ekonomisk hushållning.

Investeringsutrymmet för utrustningsinvesteringar i vården är cirka 19 miljarder kronor, eller cirka 15 procent av regionens totala investeringsbudget för den kommande tioårsperioden. Merparten av dessa investeringar består av medicinteknisk utrustning (MT). Från arbetet med budget 2024 har regionledningskontoret och regionstyrelsen varit mer involverade i styrningen av regionens MT-investeringar jämfört med tidigare. Sammantaget bedömer revisionen dock att styrningen av vårdens utrustningsinvesteringar bör stärkas när det gäller samordning och prioritering. Detta för att säkerställa att regionens investeringsmedel används där de behövs som bäst. För att nå dit behöver vårdgivarnas investeringsbehov samordnas och prioriteras utifrån ett långsiktigt bakomliggande vårdbehov.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till styrelsen för Danderyds sjukhus för kännedom.

3.5. Avrapporterade granskningar i delrapport

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

Granskning av slutenvårdens vattenförsörjning

Tillgången till rent vatten är en av de viktigaste förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård. Revisionen har därför granskat om arbetet med att säkerställa slutenvårdens tillgång till vatten sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar²².

Revisionen konstaterade att samverkan mellan vårdgivare endast sker i begränsad utsträckning. Revisionen noterade att även övningarna är lokala, vilket medför att det inte sker någon kvalitetssäkring av vårdgivarnas kontinuitetsplanering.

²¹ Regionrevisorerna, Projektrapport 9/2023 Investeringar i medicinteknisk utrustning i vården, RK 2023 - 0072

²² Projektrapport1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023-0033)

Sammanfattningsvis bedömde revisionen att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas på ett par punkter för att förbättra sjukvårdssystemets förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.

Granskning av ledningsnära kostnader och representation

Auktoriserad revisor har granskat bolagets rutiner för ledningsnära kostnader och representation. Revisionen rekommenderade att den interna kontrollen av representationsfakturer bör stärkas för att säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar.

Granskning av löner

Auktoriserad revisor har granskat bolagets lönerutin genom att kontrollera signering av utanordningslista. Utfallet visar en signeringsefterlevnad på 73 till 76 procent. Revisionen rekommenderade att ledningen bör se till att signering av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer.

3.6. 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 sjukhusets investeringsrutiner, hållbarhetsrapport samt skatter och avgifter.

3.7. 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. Räkenskaperna bedöms av den auktoriserade revisorn vara rättvisande.

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.

5. Styrelsens yttrande över delrapport 2023

Styrelsen har 2023-12-28 lämnat yttrande över delrapporten för 2022. Styrelsen har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening.

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. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm

Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)

Telefon: 08-737 25 00

E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Hemsida: www.regionstockholm.se

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2023

Danderyds Sjukhus AB


Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77174 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att uppföljning och återkoppling av det systematiska arbetsmiljöarbetet sker på ett tillräckligt sätt i alla delar av organisationen genom att avvikelser och handlingsplaner baserade på dessa presenteras i lämpliga medarbetarforum.	●	ÅR 2023 I februari och i september redovisas nyckeltal, avvikelser och åtgärdsplaner på samverkansmöten samt på VUF, verksamhetsuppföljningen. Samma material återkopplas på APT. Rekommendationen bedöms därför som åtgärdad.
77175 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör genomföra en samlad och dokumenterad årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet och rapportera det till sjukhusstyrelsen i enlighet med AFS 2001:1.	●	ÅR 2023 Hållbarhetsrapporten HR 2023 har presenterats för styrelsen den 16 februari 2024. Den innehåller en beskrivning över hur den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet tillsammans med medarbetarundersökningen har resulterat i insatser som genomförs inom projektet Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. Rekommendationen bedöms därför som åtgärdad.
97474 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa följsamheten till sjukhusets rutiner för administreringen av externt finansierade projekt med avseende på giltiga avtal, projektkalkyler, resultatuppföljning av projekten, dokumentation av stickprovskontroller samt hantering av under- och överskott.	●	ÅR 2023 Det finns en uppdaterad blankett för projektansökan av externt projekt. Det finns en projektkalkyl i blanketten som är nödvändig att fylla i när man lämnar in projektansökan. Projektrapporter skickas ut varje månad till projektledaren och kontrollern, kostnader och antal nedlagda timmar ingår i rapporterna. Sedan 2023 krävs förlängningsblanketter samt hantering av eventuella kvarvarande under eller


Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			överskott vid projektavslut. Årets stickprovskontroller dokumenteras. Rekommendationer bedöms därför som åtgärdad.
109404 Från rapport 2023 Delrapport	Den interna kontrollen bör stärkas för att säkerställa att at- testanter är oberoende till kostnader de attesterar	–	
109405 Från rapport 2023 Delrapport	Ledningen bör se till att signeringen av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer	–	

Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59597 Från rapport 2020 Årsrapport	Sjukhusledningen bör revidera de interna processbeskriv- ningarna och stödjande mallar utifrån regionens övergri- pande investeringsriktlinje så att den lokala investerings- processen överensstämmer med den regionala åtgärdsvals- och investeringsprocess, ange en beloppsgräns för när ett investeringsärende ska lyftas till regionstyrelsen och vidare till fullmäktige, specificera vad investeringar av betydande karaktär innebär för att kunna följa upp att utvärdering av effektmål görs och att informationen i de olika stödjande mallarna och investeringsprocessen är samstämmiga.		ÅR 2023 Det finns beloppsgräns för när ett investeringsärende ska lyftas till regionstyrelsen och den är vid 100 mnkr. Investe- ringar över 10 mnkr kräver beslut av styrelsen och en busi- ness case tas fram. Det finns en ny beslutsprocess för inve- steringar. Rekommendationen bedöms därför som åtgär- dad.

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97469 Från rapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga medarbetare har genomfört de obligatoriska utbildningarna för		

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2022 Årsrapport	informationssäkerhet i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet.		
97470 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetarna om informationssäkerhet. (Rekommendationen härstammar både från granskningen av systematiskt informationssäkerhetsarbete och granskningen av säkerhet i nätverk och informationssystem.)	●	
97471 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör genomföra informations- och riskklassning i enlighet med instruktion för informationsklassificering för de system som ännu inte är klassade.	●	
97472 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att roller och ansvar för informationssäkerhet, inkl. NIS, inarbetas i relevanta styrdokument för sjukhuset.	–	
97473 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att det finns en systematik kring sårbarhetstester och avbrottsplaner.	●	

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97466 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor samt vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.	–	ÅR 2023 Danderyds sjukhus gör alltid en bedömning om bisysslan ska godkännas eller inte. och görs individuellt i varje enskilt fall. Sjukhuset gör dock ingen riskbedömning i syfte att identifiera övergripande risker med avseende på bisysslor

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97467 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	–	ÅR 2023 Sjukhuset har riktlinjer avseende bisysslor men de är föremål för uppdatering då de saknar information om att bisysslan ska anmälas och bedömas i Heroma.
97468 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma.	–	ÅR 2023 Sjukhuset har manuella kontroller. Underlaget för medarbetarsamtalet ska kompletteras med information om att bisysslan ska anmälas och bedömas i Heroma.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97465 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsstrategin.	–	ÅR 2023 Lokala kompetensförsörjningsplaner kommer att tas fram när den regionala strategin är beslutad. Detta arbete har varit pausad sedan pandemin.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107471 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Ledningen för Danderyds sjukhus bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	–	
107472 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Ledningen för Danderyds sjukhus ledning bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.	–	

Regionrevisorerna

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57173 Från rapport 2020/11 projektrapport	Sjukhusledningen behöver utveckla formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas	●	ÅR 2023 Det finns ett arbetssätt på sjukhuset kopplat till avvikelprocessen och i det ingår bland annat samverkansmöten. På sjukhuset finns en vårdsamordnare som arbetar övergripande och skapar kontaktytor mellan sjukhuset och andra aktörer. Verksamhetschef och i vissa fall chefläkare deltar på möten med samverkansmötena. Sjukhuset uppger att det finns ett bra samarbete med andra verksamheter och att avvikelser fångas upp och åtgärdas när de uppstår. Revisionen bedömer att sjukhuset har ett arbetssätt som medför att avvikelser fångas upp och kan åtgärdas. Rekommendationen bedöms därför som åtgärdad.

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.

Otillfredsställande

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. Avvikelse 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. Avvikelser 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.



Danderyds Sjukhus
I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

MISSIV STYRELSESAMMANTRÄDE DANDERYDS SJUKHUS AB

NR 13/2023

Yttrande över Regionrevisorernas Delrapport 2023 för Danderyds Sjukhus AB

Styrelsen för Danderyds Sjukhus AB har tagit del av Regionrevisorernas Delrapport 2023 och dess rekommendationer. Styrelsen noterar att det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med god redovisningssed och regionens interna anvisningar.

Styrelsens synpunkter önskas särskilt kring strategi för hur ekonomi i balans på längre sikt kan säkerställas.

Ekonomi i balans

Styrelsen kan konstatera att budget 2024 innebär en resursförstärkning jämfört med nuvarande budget vilket gör att effektiviseringskravet för kommande år motsvarar cirka 2 procent av sjukhusets omsättning. Hanteringen av effektiviseringskravet kan inte hanteras enbart av sjukhuset ensamt utan kräver åtgärder i det samlade sjukvårdssystemet.

Åtgärdsområden

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav. Danderyds sjukhus har identifierat tre centrala strategiska åtgärdsområden som bedöms ha störst påverkan på resultatet 2024 och efterföljande planeringsår utan inbördes prioritering:

- **Vård av god kvalitet**, fortsatt fokus på att arbeta med de stora patientprocesserna och att förbättra det akuta vårdflödet genom sjukhuset. Särskilt fokus på multisjuka äldre genom att ta fram ny riktning och strategi för vården av multisjuka äldre på sjukhuset samt utveckla samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer.
- **Hållbar och attraktiv arbetsgivare**, fokus på kompetensförsörjning och att förbättra arbetsmiljön. Att rekrytera, behålla och utveckla sjukhusets medarbetare är avgörande för att lyckas med en vård av god kvalitet samt en verksamhet och ekonomi i balans.
- **Ekonomi i balans**, åtgärdsprogram för ekonomi i balans. Fortsatt fokus på att minska dyra lösningar som inhyrd personal och övertid. Det finns även ett stort behov av att digitalisera och automatisera manuella processer som tar mycket tid i anspråk från sjukhusets medarbetare. Införande av taligenkänning och utvecklingen av virtuella vårdplatser i hemmet är exempel på viktiga områden under kommande år. Utvecklad regiongemensam kapacitetsplanering och styrning av vården är central för att effektivisera hela sjukvårdssystemet.

Inom samtliga av dessa strategiska områden pågår det en rad aktiviteter för att skapa både en verksamhet och ekonomi i balans.

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans är i nuläget på cirka 132 miljoner kronor (inklusive intäktsåtgärder) och förväntas räcka för att täcka sjukhusets bedömda ekonomiska gap på drygt 100 miljoner kronor år 2024. De största kostnadsbesparingarna rör reduktion av inhyrd personal, samordning/reducering av administration och effektiviseringar av vårdnära kostnader som material, laboratorietjänster och läkemedel. Intäktsåtgärden handlar framför allt om att öka externa intäkter för till exempel utomlänsvård och andra externa uppdrag.

Åtgärdsprogrammet uppdateras och utvärderas löpande under året.

Sjukhusledningen kommer i övrigt att vidta åtgärder baserat på Regionrevisorernas rekommendationer.

På styrelsens uppdrag


Christophe Pedroletti
VD