

Årsrapport 2023

Södersjukhuset AB

Regionrevisorerna

2024-04-09

Diarienummer
RK 2023-0041Styrelsen
Södersjukhuset**Årsrapport 2023
Södersjukhuset AB**

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

Annika Sandström
ordförandeKarelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – Södersjukhuset 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 -177 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 2,7 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 90 procent. Trots effektiviseringsåtgärder når inte sjukhuset resultatkravet, vilket bland annat beror på kostnadsökningar samt minskade intäkter kopplat till reducering av inhyrd personal vilket har lett till en lägre effektiv vårdproduktion. 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 sju av fullmäktiges tolv mål, medan tre mål är delvis uppfyllda och två mål inte uppfylls. Målen om *en hälso- och sjukvård av god kvalitet, region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara* samt *kärnverksamhet ska prioriteras* uppnås delvis. Målen om att *region Stockholms verksamheter är resilienta* samt *region Stockholm- attraktiv arbetsgivare uppfylls däremot inte*. Sjukhusets möjlighet att producera i enlighet med budget har påverkats av det regionala arbetet med att reducera inhyrd personal. Sjukhusets operationskapacitet och antal vårdplatser har varit lägre, jämfört med 2022 produceras cirka 3 procent färre slutenvårdstillfällen 2023. 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 vara resiliент i enlighet med fullmäktiges mål.

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 har 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 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	8
3. Intern styrning och kontroll.....	10
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....	10
3.2. Granskning av hållbarhetsarbete vid Södersjukhuset	15
3.3. Investeringar i medicinteknisk utrustning i vården.....	18
3.4. Avrapporterade granskningar i delrapport	19
3.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser	19
3.6. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	19
4. Räkenskaper.....	19
4.1. Årsredovisningen	20
4.2. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	20
5. Styrelsens yttrande över delrapport 2023.....	20
Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till styrelsen
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen
Bilaga 3	Bedömningsmål och bedömningskriterier

Relaterade dokument

Yttrande över delrapport 2023 från Södersjukhusstyrelsen, 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 Södersjukhuset AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för specialiserad akut och planerad sjukvård. För att underlätta patienters omhändertagande på rätt vårdnivå ska sjukhuset samverka med närsjukvården. Sjukhuset ska bedriva högspecialiserad vård inom kärl- och handkirurgi samt viss högspecialiserad gynekologisk kirurgi. Sjukhuset ska även utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), regionens övriga akutsjukhus och regionfinansierade vårdgivare samt kommunerna i länet. 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 revisionsred för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har lekmannarevisorerna biträttats av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig 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 bolagsstyrelsen regelbundet för dialog.

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 (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	6 576	7 201	6 524
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 6 555	-7 377	-6 818
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	21	-177	-294
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	92	212
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt	21	-84	-82¹
Balansomslutning (mnkr)	-	6 304	5 277
Årsarbetare (antal)	4 499	4 683	4 670

2.1.1. Resultat 2023

Styrelsens resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -177 mnkr. Detta är 198 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,7 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 92 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -84 mnkr.

Styrelsen har i enlighet med fullmäktiges budget för 2023² erhållit kompensation för tillfälligt ökade pensionskostnader på 508 mkr (538 mnkr inklusive momskompensation), 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 Södersjukhuset ett justerat resultat på -201 mnkr som användes vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav

² RS 2022-0123.

2.1.2. Jämförelse med budget 2023

Verksamhetens intäkter uppgår till 7 201 mnkr, vilket är 625 mnkr (9,5 procent) högre än budgeterat. Intäkterna för sålda primärtjänster överstiger budgeten med 453 mnkr, vilket hänförs till budgettillskott (407 mnkr inklusive moms-kompensation) samt till ökade intäkter för vårdval förlossning och tillfälligt omställningsbidrag. Erhållna bidrag och övriga intäkter är 125 mnkr högre än budget, vilket bland annat beror på tillförda projekt- och forskningsmedel samt investeringsbidrag. Intäkterna för Försäljning övriga tjänster är 39 mnkr högre än budget, vilket bland annat beror på försäljning av vårdplatser, som intensivvårdsplatser.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 6 890 mnkr, vilket är 965 mnkr (ca 16,3 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 790 mnkr hänförbart till högre kostnader för bemanning. Den främsta orsaken till avvikelsen är att sjukhuset har fler anställda och att sjukhuset har högre kostnader för övertid, frånvaro med mera än budgeterat. Kostnaderna för Köpta verksamhetsanknutna tjänster överstiger budgeten med ca 61 mnkr, vilket främst beror på kostnadsökning för laboratorieanalyser. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs av flera delposter, bland annat läkemedelskostnader 73 mnkr och materialkostnader 39 mnkr.

Finansnetto avviker positivt med 120 mnkr mot budget vilket förklaras av ränteintäkter på likvida medel.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande 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 140,6 mnkr av den beräknade effekten på 156,6 mnkr för 2023. (Se avsnitt 3.1).

2.1.4. Investeringar

Årets investeringar uppgår till 169 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 298 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 56,6 procent. Budgetavvikelsen beror på att planerade investeringar 2023 på 86 mnkr kommer att genomföras först 2024.

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 2,7 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 kostnadsökningar, minskade intäkter kopplat till reducering av inhyrd personal vilket har lett till en lägre vårdproduktion, 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. Sju av fullmäktiges mål är uppfyllda, tre mål är delvis uppfyllda och två mål uppfylls inte.

2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta (uppfylls inte)

Målet mäts via tre olika indikatorer, varav två inte uppfylls. Uppfyllnad av säkerhetsåtgärderna enligt Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet ligger 8 procent under målvärdet 90 procent. Utvalda säkerhetsåtgärder med förbättringspotential hanteras och är prioriterade i Handlingsplanen för 2024. Arbetet med säkerhetsåtgärdsplanen utifrån risk- och sårbarhetsanalysen pågår och flera åtgärder löper under flera år. *Andel vidtagna åtgärder* ligger på 59 procent vilket är under målet på ≥ 70 procent.

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* ligger på 9 procent och har inte uppnått målet (≤ 8 %). Indikatorn *andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling* ligger kvar på samma nivå som år 2022 med 7 procent och därmed har inte målvärdet uppnåtts (≤ 6 %). Arbetet med uppföljning och åtgärder fortsätter under 2024 i form av utbildning och information.

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 6,7 procent, vilket är en förbättring jämfört med förra året. Det är korttidsfrånvaron som har minskat. *Personalomsättningen* har ökat något, från 13 procent 2022 till 13,6 procent och ligger över målet ($\leq 7,9$ %).

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

Målet mäts via sex indikatorer, varav tre uppfylls och tre uppfylls inte. Trots att det pågår ett intensivt arbete i syfte att förbättra ledtiderna på akuten har utfallet för *indikatorn andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning* (33 %) inte uppnått målet (≥ 50 %). Även indikatorn *medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning* uppnådde inte målet. Vuxenakuten har kortat medianväntetiden till läkare från 92 minuter 2022 till 87 minuter 2023 men målet ligger på 52 minuter.

Indikatorn *andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist* ligger på 73 procent vilket är en försämring med 20 procentenheter jämfört med 2022. Målnivån för indikatorn (≥ 80 %) uppnås inte vilket beror på reducerad inhyrd personal då den elektiva (planerade) verksamheten varit neddragen för att klara av det akuta uppdraget. Sjukhuset vidtar åtgärder för att den planerade vården ska intensifieras och förbättras.

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 0,9 procent i vikt jämfört med basår 2021. Målet att minska matsvinn jämfört med 2021 uppnås inte.

Kärnverksamhet ska prioriteras (uppfylls delvis)

Målet mäts via två indikatorer varav en inte uppfylls. De administrativa kostnaderna ligger på 158 mnkr och är högre än budget (154 mnkr). Skillnaden mellan utfall och budget avser bland annat ökade kostnader för IT- drift, licenser, tjänster för inköp och upphandling och fastighetsdrift. Under året har sjukhuset implementerat flera projekt kring automatisering av administrativa processer.

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

2.2.2. Produktion

Sjukhuset har under året producerat 31 434 (5,5 %) öppenvårdsbesök, vilket är fler än budgeterat. De planerade besöken är 38 140 fler än budgeterat medan de akuta öppenvårdsbesöken är 6 706 färre än budgeterat. En förklaring till att de planerade besöken har ökat är att produktionen har flyttat från slutenvård till öppenvård som en effekt av vårdplatsbrist. Jämfört med år 2022 produceras 4,7 procent fler öppenvårdsbesök 2023.

Det totala antalet slutenvårdstillfällen är 3 595 (2,9 %) färre än budgeterat. De planerade slutenvårdstillfällena är 2 043 färre än budget och de akuta slutenvårdstillfällena är 1 552 färre än budget. Den planerade vården uppnår inte budgeterade volymer vilket förklaras av det ansträngda vårdplatsläget. Den minskade inhyrningen av vårdpersonal sedan mars har påverkat operationskapacitet och antal vårdplatser. Jämfört med år 2022 produceras 2,9 procent färre slutenvårdstillfällen 2023.

Antal disponibla vårdplatser har i snitt varit 525 under året vilket är 78 färre vårdplatser än budget.

Sjukhusets utfall i DRG-poäng³ för helår 2023 motsvarar 96,8 procent av avtalad målvolym. Av de 3,2 procent som sjukhuset inte uppnår i målvolym avser cirka 2,3 procent den minskade produktionen inom elektiv slutenvård. Resterande avvikelse avser främst minskat akut inflöde.

Sjukhuset mäter produktivitet i antal DRG- poäng i förhållande till helårsarbetsnärvarotid (HÅA) och ligger på 21. Jämfört med samma period 2022 har produktiviteten minskat med 1,4 procent med hänsyn taget till inhyrd personal.

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 säkerhetsåtgärder för att sjukhuset ska vara resiliert i enlighet med fullmäktiges mål.

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.

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 -177 mnkr. Detta är 198 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav, vilket innebär att sjukhuset inte når ekonomi i balans för 2023. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar cirka 2,7 procent av omsättningen. Styrelsens prognostiserade resultat i delårsrapporten per augusti 2023 uppgick till -165 mnkr, vilket var 186 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav (avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarade cirka 2,6 procent av omsättningen). Att sjukhuset inte nått resultatkravet beror på generella kostnadsökningar och minskade intäkter kopplat till reduktionen av inhyrd personal vilket lett till en lägre elektiv vårdproduktion. Dessutom har genomförda åtgärder inte gett tillräcklig resultat effekt.

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 Södersjukhuset 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 skulle gå att genomföra ytterligare effektiviseringsåtgärder.

3.1.2. Styrelsens hantering av avvikelser

Styrelsen för Södersjukhuset 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 kostnadsbegränsande åtgärder för att säkra att den åtgärdsplan för ekonomi i balans som tagits fram ger avsedd effekt (i maj respektive september).

Styrelsen för Södersjukhuset beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt 150 mnkr i samband med tertialrapporten för 2023. Åtgärdsprogrammet reviderades till viss del i delårsrapporten och uppgick till cirka 157 mnkr.

På styrelsemötet i september konstaterade styrelsen att sjukhuset prognostiserade ett negativt resultat för år 2023 på -165 mnkr, trots åtgärdsprogrammet. Styrelsen betonade att de såg allvarligt på det prognostiserade underskottet. Styrelsen beslutade att fastställa delårsrapporten och gav vd i uppdrag att ta fram en plan med inriktning på ekonomisk balans.

På styrelsemötet i oktober presenterades det aktuella läget i åtgärdsplanen per verksamhetsområde och kostnadsslag. De realiserade effekterna bedömdes till totalt 109 mnkr. Sjukhuset har kontinuerligt arbetat med effektiviseringsåtgärder. Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertäljesjukhus har i det gemensamma uppdraget att minska administrativa kostnader identifierat effektiviseringar på totalt på cirka 36 mnkr. Södersjukhuset prognostiserade en minskning på cirka 17 mnkr.

På styrelsemötet i november fick styrelsen en presentation av det aktuella läget i åtgärdsplanen per verksamhetsområde och kostnadsslag. De realiserade effekterna bedömdes till totalt 123 mnkr. Styrelsen betonade vikten av tillräckligt kraftfulla åtgärder som kan iscensättas omgående.

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 åtgärdsprogram. Utfallet för åtgärdsprogrammet framgår i verksamhetsberättelsen⁴ och innehåller sex delområden enligt följande:

Tabell 1 Södersjukhusets åtgärdsplan 2023

Åtgärder (Mnkr)	Åtgärdsplan 2023	Realiserad effekt 2023
Personal	50,9	41,5
Laboratorietjänster	3,7	3,7
Läkemedel	4,3	4,5
Material	8,1	8
Inhyrd personal exkl. covid	73,1	67,4
Övrigt	16,5	15,5
Summa	156,6	140,6

⁴ Verksamhetsberättelse RS 2023-0819

Under 2023 realiserades effekter av åtgärdsprogrammet upp till 140,6 mnkr, vilket motsvarar 90 procent av planerade åtgärder.

Personalrelaterade åtgärder har genomförts som att minska sjukfrånvaron och för att undvika kostsamma bemanningslösningar. Verksamheterna har även arbetat med att effektivisera arbetsprocesser. Den realiserade effekten för 2023 för området personal uppgick till 41,4 mnkr, vilket är 9,4 mnkr lägre än budgeterat.

Sjukhuset har genomfört en översyn av avtal och tjänster som ingår i åtgärden Laboratorietjänster. Den realiserade effekten på 3,7 mnkr motsvarar budgeterad nivå trots ökade kostnader för laboratorieanalyser.

Sjukhuset har också gjort en översyn när det gäller läkemedelsförråd och har börjat använda läkemedelsautomater samt sett över förskrivning av läkemedel. Trots ökade läkemedelskostnader har den realiserade effekten varit något högre än budgeterad effekt.

Södersjukhuset har sett över vilken typ av material de köper och använder. Det cirkulära arbetssättet har förstärkts med mindre svinn och minskad användning av engångsmaterial. Den realiserade effekten motsvarar budgeterad nivå.

Kostnaderna för området inhyrd bemanning är betydligt lägre jämfört med föregående år. Sjukhuset har aktivt arbetat med att minska inhyrningen av vårdpersonal. Den realiserade effekten blev 67,4 mnkr för 2023 vilket är 5,7 mnkr mindre än budgeterat.

Åtgärder som genomförts på området Övrigt är till exempel att minska konsulter och övrigt material. Den realiserade effekten för 2023 blev 15,5 mnkr vilket är 1 mnkr lägre än budgeterat.

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

3.1.4. Effektiviseringsåtgärder i verksamheterna

Det är verksamhetsområdescheferna som är ansvariga för att ta fram en åtgärdsplan och åtgärderna har tagits fram efter flera dialogtillfällen inom ledningsgruppen. Åtgärderna har valts utifrån att de inte ska påverka produktionsmålen och inte försämra arbetsmiljö eller patientsäkerheten. Planerna har beslutats i respektive verksamhetsområde efter facklig förhandling.

Samtliga verksamhetsområden har deltagit på månatliga uppföljningsmöten (MU) och på uppföljningsmöten som hålls varje tertiäl. Förutom verksamhetsområdescheferna deltar vd, chefläkare, ekonomidirektör, controllers och HR (inklusive HR- direktör)⁵. Åtgärdsplanen har följts upp och avvikelser mot budget har diskuterats.

I september 2023 hade verksamhetsområdet kardiologi ett prognosticerat minusresultat. Åtgärdsplanen för kardiologi låg på strax under 10 mnkr med en realiserad effekt i september på 4,5 mnkr. Det största besparingskravet var minskad inhyrning som stoppades helt. Varje chef inom verksamheten fick i uppdrag att se över sina personalkostnader och Södersjukhuset har under 2023 haft dispensförfarande för alla rekryteringar. Verksamhetsområdet Kardiologi har även genomfört en översyn av läkemedel. Intensivvårdsavdelningen, MIVA, och controller har detaljgranskat avdelningens

⁵ Årshjul uppföljning MU/UT 2023 SÖS

läkemedelsanvändning med en farmaceut. Detta har resulterat i en kostnadsminskning på cirka 750 tkr i förhållande till året innan.

I regionens budgetavstämningsärende⁶ 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 Personal där bland annat administration ingår. Den realiserade effekten för 2023 blev 41,5 mnkr (budgeterat 50,9 mnkr). Verksamheterna har arbetat med att effektivisera arbetsprocesser samt personalrelaterade åtgärder som till exempel minska sjukfrånvaron. I augusti 2023 enades Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus om en målsättning att minska de administrativa kostnaderna i staberna med 10 procent.

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 arbetet med att minska de administrativa kostnaderna som sjukhuset har deltagit i tillsammans med Danderyds sjukhus 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. Några exempel på realiserade effekter är att sjukhuset delar tjänsten som redovisningschef mellan Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Under år 2023 har Södertälje sjukhus köpt hållbarhetsresurser från Södersjukhuset, vilket leder till minskade kostnader för respektive sjukhus. Flera av åtgärderna beräknas främst ha ekonomiska effekter 2024 eller 2025.

3.1.4.2. Materialkostnader

Södersjukhuset har sett över vilken typ av material de köper och använder. Den realiserade effekten för 2023 har legat på 8 mnkr och uppnådde den budgeterade nivån trots ökade materialkostnader.

Inköpen till Södersjukhuset ligger på cirka 2 mdkr per år. Det mesta köps in via avtal och följsamheten är hög. Kostnader för material har ökat på grund av inflationen, och har även ökat när olika lagkrav ändrats. EU har tekniska direktiv som alla måste följa, men samtliga leverantörer uppfyller ännu inte kraven.

Leverantörsmarknaden är föränderlig vilket gör det nödvändigt att avsätta tid för uppföljning av leverantörerna. För att säkerställa att inköpsprocesserna är

⁶ RS 2022-0638

kostnadseffektiva läses materialinköpen in. Risken för felaktiga externa betalningar hanteras, då sjukhuset har infört en spärri i inköpssystemet (Clockwork). Systemändringen förhindrar möjligheten för en och samma person att lägga en inköpsorder, attestera och mottaga samma order.

Materialkostnaderna har analyserats av cheferna i samarbete med controller. Vissa material som pacemaker har blivit dyrare på grund av inflation. En mer avancerad teknik har lett till att patienter inte längre behöver komma till kliniken för kontroll utan besök sker digitalt hemifrån.

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. Åtgärderna är sammanställda per verksamhetsområde och per åtgärdstyp. Uppföljning av effekthemtagning har redovisats både på verksamhetsområdesnivå och på övergripande nivå till vd.

3.1.5. Förutsättningar inför 2024

Styrelsen har beslutat om ett åtgärdsprogram för 2024 på 200 mnkr för att nå resultatkravet på 26 miljoner kronor. Den största besparingen (120 mnkr) kommer att göras inom området personal. Därutöver är den budgeterade effekten för 2024 på 50 mnkr inom inhyrning av personal. En effekt på laboratorietjänster planeras bli 15 mnkr och 8 mnkr inom övrigt. Slutligen planeras effekter inom material på 7 mnkr. Enligt sjukhusets verksamhetsberättelse finns åtgärdsprogram för 2025 och 2026.

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. De nya avtalen förväntas stödja utvecklingen av nya arbetssätt, samverka med övriga vårdgivare och stärka utvecklingen mot en tillgänglig och nära vård.

De regionägda akutsjukhusen har samma avtalsmodell men vårduppdrag och ersättningsnivå varierar. För Södersjukhuset innebär avtalet en ökad beställning motsvarande en procents volymökning jämfört med 2023 års beställning.

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 motsvarar mellan -2,2 och -2,8 procent av omsättningen där Södersjukhusets avvikelse var 2,7 procent.

Samtliga sjukhus har haft åtgärdsprogram och har vidtagit olika åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. Inget av sjukhusen har fullt ut realiserat planerade effekter av åtgärderna utan har genomfört mellan 62 procent och 94 procent av åtgärdsprogrammet. Södersjukhuset uppnådde 90 procent. Den budgeterade effekten i åtgärdsprogrammet för 2023 jämfört med den totala kostnaden för 2022 indikerar i viss mån ambitionsnivån på sjukhusets åtgärdsplan. Variationen mellan sjukhusen var 2 till 5 procent och Södersjukhuset låg på 2 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 och 7,6 procent. Södersjukhuset har minskat andelen inhyrd personal med 3,3 procentenheter jämfört med 2022 (från 5 till 1,7 procent).

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 Danderyds sjukhus och Södersjukhuset, gett sjukhusen i uppdrag att minska de administrativa kostnaderna. Revisionen bedömer att styrelsen har varit aktiv när det gäller åtgärder för att stärka sjukhusets ekonomi.

Vidare konstaterar revisionen att styrelsen för Södersjukhuset beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt 150 mnkr i samband med tertialrapporten för 2023, som reviderades till viss del i delårsrapporten till cirka 157 mnkr. Programmet fick inte full effekt under året utan utfallet av åtgärdsprogrammet blev 90 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 200 mnkr för att nå resultatkravet på 26 miljoner kronor samt att sjukhuset har åtgärdsprogram för 2025 och 2026. 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 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 Södersjukhuset

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 nås⁷.

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

⁷ RS 2022-0123

styrning (ILS) och består av en hållbarhetspolicy som fastställer Region Stockholms inriktning rörande hållbarhet på lång sikt, en hållbarhetsstrategi, samt mål i budget⁸.

Av regionens hållbarhetspolicy framgår att Region Stockholm ska bidra till en hållbar konsumtion och produktion. Klimatpåverkan från Region Stockholms verksamheter och konsumtion av varor och tjänster ska minska samt att produkter och material så långt som möjligt ska återvinnas⁹. En förutsättning för att minska resursanvändningen är att övergå från linjära till cirkulära materialflöden, där produkter och material återanvänds och återvinns i flera led.

3.2.1. Sjukhusets organisering och styrning av miljöarbetet

År 2001 blev Södersjukhuset AB miljöcertifierat enligt standarden ISO 14001. Enligt sjukhuset skapar miljöledningssystemet förutsättningar för ett systematiskt arbete med miljöpåverkan. Det innebär också att riktlinjer och instruktioner finns för att säkerställa ledningssystemets effektivitet.

På sjukhusets intranät finns information om hållbarhetsarbetet på sjukhuset där de anställda kan ta del av informationen och hur arbetet fortskrider. Alla medarbetare på sjukhuset har ett ansvar för att jobba enligt miljöpolicy¹⁰. Sjukhuset har flera olika interna dokument som berör miljöarbetet.

Det finns riktlinjer för mål, handlingsplaner och aktiviteter för miljöområdet. Miljömål¹¹ sätts utifrån sjukhusets miljöaspekter som bygger på aktiviteter och områden där sjukhuset påverkar miljön mest. Målen ska även beakta Region Stockholms hållbarhetspolicy. De övergripande miljömålen beslutas av vd medan de lokala målen beslutas av verksamhetsområdescheferna. De ansvarar även över att aktiviteter finns för att uppfylla satta mål samt för redovisning av målarbetet. Rapportering av miljömålsarbetet sker till miljösamordnare som har till uppgift att redovisa till vd, SÖS ledning samt även till Region Stockholm¹².

Det genomförs både interna och externa revisioner av miljöarbetet. Extern miljörevision genomfördes 2023 för att granska miljöarbetet inklusive uppfyllnad av miljömål och miljöpolicy. Ett av kraven för ett certifierat ledningssystem är att utföra interna revisioner som genomförs årligen. 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 verksamhetsområden.

Ansvar och roller

Sjukhuset har flera olika 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 efterlevs¹³. Verksamhetscheferna har ansvar för att lagar och andra bindande krav inom miljöområdet efterlevs

⁸ RS 2020-0779

⁹ RS 2019-0857

¹⁰ Miljöpolicy, SÖS 2022-12-19

¹¹ Södersjukhusets miljöarbete

¹² Mål, handlingsplaner och aktiviteter – miljö 2020-06-30

¹³ Ledningens genomgång av miljöarbetet 2020-06-30

i sin verksamhet. Cheferna har också 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 (totalt cirka 150 ombud) som finns utsedda på enheterna. Miljösamordnaren har regelbundna möten, sex gånger per år med miljöhandläggarna med bestämd agenda. De driver och samordnar miljöarbetet samt sprider kunskap och information på sjukhuset. Sjukhusets miljösamordnare ansvarar för att ta fram förslag till sjukhusets övergripande miljömål. Utöver det tar samordnaren fram underlag och följer upp åtgärder gällande ledningens genomgång av miljöarbetet. Två gånger per år genomförs ledningens genomgång av miljöledningssystemet. Södersjukhuset samarbetar med Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus i fråga om miljöarbete. Samordnarna träffas regelbundet cirka varannan månad.

Styrelsen får information om måluppfyllelsen för indikatorerna främst genom verksamhetsberättelsen, del- och helårsbokslut.

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 två av indikatorerna under *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 två aktiviteter som går under benämningen SÖS möbelförråd och Garderoben. Den ena åtgärden handlar om att ta hand om möbler som inte längre används inom verksamheten. Möblerna ställs i ett förråd för återanvändning. Ansvariga för förrådet följer upp och har gjort beräkningar som visar att återanvändningen har lett till besparingar och bidragit till minskad påverkan på miljön. Den andra åtgärden handlar om textilsvinn. Under 2023 startades ett pilotprojekt, Garderoben, i syfte att minska textilsvinn från patientkläder. Kvarglömda och skänkta kläder ställs i garderoben och erbjuds till patienter eller anhöriga som saknar kläder. Samtliga verksamheter som har behov kan hämta kläder i Garderoben. Innan pilotprojektet startades slängdes patienternas kvarglömda kläder eftersom det inte fanns någon hantering för detta.

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 har valt att satsa på information kring textilhantering. Flera informationstillfällen är inplanerade till olika målgrupper. Utsedda textilombud kommer att ha sitt första möte i mars 2024 då de får information kring aktuella frågor i textilhanteringen. Därefter ska miljöombud och miljöhandläggare ha möten. Informationen syftar till att inhämta kunskap och att förmedla kunskap vidare om rätt hantering av textilier. Uppföljning görs utifrån statistik från Textilia som är sjukhusets textilleverantör. Den andra åtgärden, har varit att ta fram en ny guide för hur man ska sortera vårdspecifikt avfall för sortering i syfte att underlätta sortering inklusive plast. Det används olika material och förpackningar på sjukhuset och det finns behov av en guide för hur material ska sorteras. Sjukhuset följer upp sorterade mängder plast årligen.

3.2.3. Framtida utmaningar

Sjukhuset menar att det efterfrågas mer stöd, information och kunskap inom miljöområdet för att kunna investera i innovationer som påskyndar miljömedvetenheten på sjukhuset. Ett exempel är när beslut togs för att köpa in tre läkemedelsautomater i syfte att få ned läkemedelsavfall. Avdelningarna kan hämta "sällan-läkemedel" i automaterna som är centrala och digitaliserade vilket möjliggör att inhämta statistik över hur mycket läkemedel som används eller kasseras. Det är ett sätt att effektivisera läkemedelsinköp vilket leder till minskad resursanvändning. En annan utmaning är knuten till sjukhusets ekonomi. Mer miljövänliga alternativ är många gånger dyrare än 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 återanvända möbler och ta vara på kvarglömda plagg som kan erbjudas till patienter som saknar kläder. Sjukhuset arbetar även med att informera om textihantering och har tagit fram en ny guide för sortering.

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. Investeringar i medicinteknisk utrustning i vården

I ett särskilt projekt¹⁴ 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 Södersjukhuset för kännedom.

¹⁴ Regionrevisorerna, Projektrapport 9/2023 Investeringar i medicinteknisk utrustning i vården, RK 2023 - 0072

3.4. 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 störningar¹⁵. 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.

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. Den interna kontrollen av representationsfakturer bör stärkas för att säkerställa att attestanter är oberoende till kostnaden de attesterar. Revisionen rekommenderade att säkerställa att deltagarlistor bifogas till alla representationsfakturer.

Granskning av löner

Auktoriserad revisor har granskat bolagets lönerutin genom att kontrollera signering av utanordningslista. Utfallet visar en efterlevnad på 73 till 75 procent. Revisionen rekommenderade att signering av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer.

3.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

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

Den auktoriserade revisorn har utan väsentliga iakttagelser granskat sjukhusets investeringsrutiner, hållbarhetsrapport samt skatter och avgifter utan väsentliga iakttagelser.

3.6. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. I rekommendationsbilagorna till styrelse respektive ledning framgår hur rekommendationerna har hanterats.

4. Räkenskaper

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

Granskningen av räkenskaperna har genomförts av den auktoriserade revisorn.

¹⁵ Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023-0033)

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 2024-01-31 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 nämnd/styrelse – ÅR 2023

Södersjukhuset AB

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59594 Från rapport 2020 Årsrapport	Styrelsen bör säkerställa följsamheten till regionens inköpsriktlinjer genom en systematisk och aktiv avtalsuppföljning.		Delår 2022 Riktlinjer för avtalsförvaltning anger en strategi för uppföljning av avtal och hur avtalsuppföljningen ska gå till. Dock görs inte uppföljningen på ett systematiskt sätt såsom det framgår av riktlinjerna. Sjukhusledningen anger att arbetet är igång och att uppföljning av vissa strategiska avtal görs redan idag, men det ännu inte finns en systematik i uppföljningen av resten av avtal. Revisionen anser att rekommendationen är delvis åtgärdad och följer utvecklingen i frågan.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77271 Från rapport 2021 Årsrapport	Styrelsen bör ta fram handlingsplaner med konsekvensanalyser av hur planerade kostnadsreducerande åtgärder inom personalområdet påverkar möjligheterna för sjukhusets att genomföra sitt vårduppdrag.		ÅR 2022 Denna rekommendation grundade sig på ett förslag till styrelsen om att skära ner på personalen med ca 375 anställda för att kunna minska kostnaderna och uppnå en ekonomi i balans. Revisionen konstaterar att åtgärden inom personalområdet inte realiserades och inte en konsekvensanalys är därmed inte längre aktuell. Rekommendationen tas därmed bort.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2023

Södersjukhuset AB

Hållbarhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97482 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att koordineringen av barnrättsarbetet genomsyrar hela sjukhuset.	●	ÅR 2023 Södersjukhuset har sedan 2017 utbildat barnrättsombud för alla vårdgivare i regionen och Södersjukhuset har 65 barnrättsombud spridda inom verksamheterna. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
97483 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta en sjukhusövergripande riktlinje som utgår från barnkonventionen och täcker hela barnrättsperspektivet.	●	ÅR 2023 Det finns en samlingssida för barnrättsfrågor på intranätet. Där ingår riktlinjer och information om orosanmälan, handlingsplan för barnrättsarbetet på Sachsska, barnkonsekvensanalyser mm. En ny barnrättsamordnare är anställd som bla ska utveckla arbetet med barnfrågor och öka medvetenheten hos all personal på sjukhuset. Rekommendationen är delvis åtgärdad.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
37171 Från rapport 2019 Årsrapport	(ERSÄTTER TIDIGARE REKOMMENDATION MED IDNR 29998) Sjukhusledningen bör med viss periodicitet utföra och dokumentera den upptäckande kontrollen som säkerställer att en person inte lägger in en inköpsorder i Clockwork, attesterar den och leveransmottar densamma.	●	ÅR 2023 Sjukhuset har infört en spärr i inköpssystemet Clockwork. Systemändringen förhindrar möjligheten för en och samma person att lägga en inköpsorder, attestera och mottaga

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			samma order. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
77275 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 januari och i september tas avvikelser upp på APT och i samverkansgruppen. Styrelsen har fått en presentation på mötet i mars 2023. Det finns arbetsplatskontroller då avvikelser följs upp likaså i den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. En handlingsplan tas fram som följs upp på APT. Det finns arbetsmiljöårshjul. Därmed bedöms rekommendationen vara åtgärdad.
97488 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att avtal mellan Södersjukhuset och alla externa finansiärer finns vid externt finansierade projekt.	●	ÅR 2023 Ärendegången vid handläggning har setts över och dokumenterats på kliniska studier, där styrande och stödjande dokument samlas. Det finns en central handläggare som säkerställer att avtal finns och den har avstämningar varje vecka med chefsjurist. Avtalen diarieförs i Edit. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
97489 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta riktlinjer för vad som ska ingå i ett avtal mellan Södersjukhuset AB och externa finansiärer med utgångspunkt i Region Stockholms anvisningsdokument.	●	ÅR 2023 Det finns en riktlinje vid namn Avtalshandläggning kliniska studier vid Södersjukhuset. Det finns instruktioner "Inför juridisk granskning av kliniska avtal" som ska vara ett stöd för forskare, jurist och de som signerar avtalet. Den centrala handläggaren säkerställer att verksamheten inkommer med alla handlingar. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
97490 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör definiera vid vilket belopp som ett projekt ska föregås av en projektplan och ta fram en enhetlig mall för projektplan.	●	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97491 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta rutiner för att möjliggöra en standardiserad hantering av externt finansierade projekt som täcker projektets initieringsfas, projektfas och avslutningsfas.	●	ÅR 2023 Det har startats ett nytt nätverk för att öka samverkan som ska leda till lika hantering av externt finansierade projekt. Samverkan sker med Karolinska universitetssjukhusets jurister. Där hanteras vilka krav som sjukhusen ställer på externa finansiärer. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Hur säkerställs att hanteringen av externt finansierade projekt är standardiserade när det gäller initieringsfas, projektfas och avslutningsfas?
109495 Från rapport 2023 Delrapport	Ledningen bör säkerställa att deltagarlistor bifogas till alla representationsfakturer	—	
109496 Från rapport 2023 Delrapport	Ledningen bör se till att signering av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer	—	

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97484 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.)	—	
97485 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör i implementeringen av ADIS genomföra utbildning i systemet för alla anställda, för att säkerställa att det är känt i alla verksamheter hur och var avvikelser gällande informationssäkerhet ska rapporteras.	—	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97486 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga ärenden i ADIS innehåller all obligatorisk information samt att ärenden alltid avslutas i ADIS när de är färdighanterade.	—	
97487 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör prioritera färdigställandet av processer så att NIS-incidenter rapporteras inom rätt tidsintervall och att funktionen Single Point Of Contact (SPOC) förankras i hela verksamheten som den korrekta vägen för att anmäla incidenter.	—	

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97478 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor och vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.	●	ÅR 2023 Riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor. Risker förs in i internkontrollplanen vid delårs och årsbokslut., därmed följs de upp löpande. Åtgärder har identifierats för risken "efterlevnad regelverk bisysslor". Systematiska kontroller ska göras via HR avdelningen samt stickprovskontroller under året.. Dessutom startar informationsinsatser från och med januari 2024. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
97479 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	●	ÅR 2023 Det finns riktlinjer för bisysslor där det står att bisysslor ska anmälas i Heroma. Det finns en checklista vid anställningsintervju där en av frågorna rör bisyssla; "har du något uppdrag vid sidan av?. I mallen för de årliga medarbetarsamtalen finns frågan med om medarbetaren har svarat i Heroma att man har bisyssla och i så fall beskriva vilken bisyssla

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			man har. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
97480 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma enligt regelverkets anvisningar.	●	ÅR 2023 Systematiska kontroller görs via HR avdelningen. Fyra gånger per år ska kontroller utföras då utdrag ur Heroma görs samt stickprovskontroller under året via HR. Resultatet från kontrollerna återkopplas till VO cheferna. Informationsinsatser ska införas via lokala ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar, vilka startar 1 jan 2024. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97477 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsprocess.	●	ÅR 2023 Det finns kompetensförsörjningsplaner för samtliga verksamhetsområden, som HR fick in innan 2024. Sammanställningen har redovisats och analyserats på sjukhusets ledningsgrupp den 5 februari 2024. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107475 Från rapport 2023/01 Projekt rapport	Sjukhusledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	—	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107476 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.	–	

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. Avvikelser 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. Avvikelser kan förekomma.

Regionrevisorerna

Inte helt tillräcklig

Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillräcklig

Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.

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

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs.

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt regionens regler och anvisningar.
2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/verksamhetsberättelse ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande

Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. 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.

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II
Box 222 30
104 22 STOCKHOLM

Dnr Sös 2023-1839
2024-01-31

Yttrande

Yttrande över Regionrevisorernas Delrapport för år 2023

Styrelsen för Södersjukhuset AB har fått Regionrevisorernas delrapport 2023 och givits möjlighet att yttra sig.

Revisionen har granskat delårsrapporten och bedömer styrelsens prognos för det ekonomiska resultatet och det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimligt.

Revisionen önskar särskilt att styrelsen utvecklar hur en strategi för ekonomi i balans på längre sikt kan säkerställas.

Förutsättningarna för både 2024 och kommande år är utmanande och osäkra av flera orsaker såsom omvärldsläget, hög inflation, fortsatt utveckling av pandemi mm. Sjukhuset är åter i ett läge med ökat inflöde av patienter med Covid-19 samt ett fortsatt högt akut inflöde av patienter med andra sjukdomar och skador.

Den demografiska utvecklingen med åldrande befolkning och svårigheter med kompetensförsörjning och begränsade ekonomiska förutsättningarna kommer medföra fortsatt höga krav på effektiviseringar de kommande åren.

Under många år kommer sjukhuset att befinna sig i en situation med många omflyttningar av verksamheter på grund av ombyggnationer vilket påverkar sjukhusets produktion och produktivitet.

Södersjukhuset har under 2023 fått ett budgettillskott med 383 miljoner kronor. Det har väsentligen förbättrat de ekonomiska förutsättningarna för sjukhuset men sjukhuset uppnår inte en ekonomi i balans under 2023. Sjukhuset arbetar intensivt med att minska beroendet av inhyrd personal och kostnaderna prognosticeras minska med 130 miljoner kronor jämfört med 2022 (ca 64 procent). Som en följd därav har sjukhuset tvingats minska den elektiva produktionen vilket minskat intäkterna tillfälligt. Sjukhuset har lyckats anställa allt fler egna sjuksköterskor och produktionen elektiv vård ökar. Den höga inflationen ökar sjukhusets kostnader med ca 70 miljoner kronor (exklusive effekten på pensioner). Andra kostnader som har ökat kraftigt är laboratoriemedicin (15 procent) liksom kostnader för rekvisitionsläkemedel (15 procent) vilket försämrat sjukhusets ekonomiska resultat betydligt.

Under 2024 får sjukhuset ytterligare tillskott med 92 miljoner kronor för att kompensera för de kostnadsökningar som det höga inflationsläget har inneburit. Det höga ränteläget ger ökade ränteutgifter till sjukhuset under 2024 men prognosticeras minska redan under 2025. Sjukhusavtalets uppräknings 2024 med 3,56 procent täcker inte fullt ut de prisökningar på löner och omkostnader som sjukhuset prognostiserar (SKRs LPIK). De ekonomiska förutsättningarna innebär att sjukhuset måste minska kostnaderna under 2024 med ca 200



SÖDERSJUKHUSET

miljoner kronor för att nå resultatkravet 26 miljoner kronor. Det betyder att sjukhuset behöver fortsätta arbetet med kostnadsbesparingar och samtidigt uppnå produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö.

Sjukhuset arbetar med ett flertal sjukhusgemensamma aktiviteter som innebär effektiviseringar i verksamheterna. Exempelvis ska ökad digitalisering och automatisering frigöra tid i kärnverksamheten. Genom att samla all vårdadministration i en gemensam organisation kan verksamheten effektiviseras. Att samla all operativ verksamhet i en gemensam operationsorganisation ger möjlighet till ökad produktivitet.

Verksamheterna ansvarar för att bedriva verksamheten inom budgeterade ekonomiska ramar och beslutar årligen om åtgärdsplaner för en ekonomi i balans. Beslutade åtgärdsplaner för kostnadsminskningar genomförs men ger inte tillräcklig ekonomisk effekt. Stora obalanser kvarstår gällande bemanningskostnader.

En stor utmaning för sjukhuset är att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna. Sjukhuset har idag ca 150 fler anställda jmf med årsskiftet 2019/2020. Styrelsen bedömer att sjukhuset behöver minska antalet för att komma i ekonomisk balans.

Arbete med att ta fram åtgärdsprogram pågår. Sjukhuset kommer att fortsätta minska inhyrd personal (max 1 procent inhyrd personal). Arbetet med att anpassa antalet anställda till de ekonomiska förutsättningarna intensifieras. Fortsatt arbete med att minska sjukfrånvaro. Stabernas kostnader minskas med 10 miljoner kronor under 2024. Stort fokus kommer också att vara på produktionsplanering, uppföljning och produktionsstyrning så att avtalade volymer utförs och sjukhuset erhåller avtalade intäkter.

Revisionen har granskat arbetet med slutenvårdens vattenförsörjning. Revisionen bedömer att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas och ger styrelsen följande rekommendationer:

- Ledningen bör säkerställa att kunskapen ökar om hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.
- Ledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.

Regionrevisorerna har granskat sjukhusets interna styrning och kontroll med följande rekommendationer:

- Ledningen bör säkerställa att deltagarlistor bifogas till alla representationsfakturor.
- Ledningen bör tillse att signering av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer.

För styrelsen är tillräcklig intern kontroll, rättvisande räkenskaper och tillfredsställande ekonomiskt och verksamhetsmässigt utfall viktiga målsättningar.

Sjukhuset arbetar med att införliva revisorernas rekommendationer i den löpande driften.

På uppdrag av styrelsen

Mikael Runsiö, vd