

Årsrapport 2023

Södertälje Sjukhus AB

Regionrevisorerna

2024-04-09

Diarienummer
RK 2023-0039Styrelsen
Södertälje Sjukhus AB**Årsrapport 2023**
Södertälje Sjukhus AB

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

Annika Sandström
ordförandeKarelia Pagan
sekreterare

Sammanfattning – Södertälje 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

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
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 -43,8 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 2,5 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed inte uppnåtts.

Sjukhuset har under året haft ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans som var i nivå med gapet i budget och upparbetsgraden för genomförda åtgärder är 72 procent. Förklaringen till att inte hela åtgärdsprogrammet kunnat genomföras var bland annat ett högt inflöde av akuta patienter som trängde undan annan vård. 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 9 av fullmäktiges 13 mål, medan 2 mål är delvis uppfyllda och 1 mål inte uppfylls. De mål som är delvis uppfyllda är *Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt* samt *Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara*. Det mål som inte uppfylls är *Ett resultat i balans*. För ett mål, *hållbar investeringsutveckling* har sjukhuset inte angett måluppfyllelse. Öppenvårdsproduktionen har varit 5,4 procent lägre än budget, och 4,7 procent högre jämfört med föregående år. Slutenvårdsproduktionen har varit 1,4 procent högre än budget och 0,2 procent högre än föregående år. Revisionen vill betona vikten av att styrelsen börjar mäta produktivitet i enlighet med anvisningar. 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 sjukhusets produktions- och ekonomistyrning. Sjukhuset har under året haft ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans och revisionen bedömer att styrelsen beslutat om åtgärder för 2023 i nivå med sjukhusets negativa prognos, 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 när det gäller åtgärder för att stärka sjukhusets ekonomi. Revisionen bedömer att styrelsen därigenom skapat förutsättningar för en tillräcklig ekonomistyrning och möjligheter att vidta åtgärder även på sikt. Revisionen konstaterar dock att det för ett resultat i balans 2024 och framåt kommer att krävas fortsatt 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 arbete med patientsäkerhet, intern kontroll samt ledningsnära kostnader och representation 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.....	9
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....	9
3.2. Avrapporterade granskningar i delrapport	15
3.3. Granskningar utan väsentliga iakttagelser	16
3.4. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer.....	16
4. Räkenskaper.....	16
4.1. Årsredovisningen	17
4.2. Granskningar utan väsentliga iakttagelser	17
4.3. Auktoriserade revisorns bedömning	17
5. Styrelsens yttrande över delrapport 2023.....	17
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 Södertälje sjukhus, se styrelsemöte 2023-12-13.

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 Södertälje Sjukhus AB ansvarar enligt de specifika ägardirektiven för akut och planerad somatisk specialistvård. Sjukhuset ska samverka med och utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), regionens övriga akutsjukhus och regionfinansierade vårdgivare samt berörda kommuner. 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 biträttats av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Cecilia Dittmer 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 träffade bolagsstyrelsen, senast i december 2022.

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	1 789	1 927,9	1770,7
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 1 784	-1 971,7	-1 795
Resultat före bokslutsdisposition och skatt	5	-43,8	-24,3
Erhållna koncernbidrag (skatt)*	-	28,4	22,8
Lämnade koncernbidrag (skatt)*	-	-	-
Resultat efter bokslutsdisposition och skatt	5	-15,4	-1,4¹
Balansomslutning (mnkr)	-	1410	1147
Årsarbetare (antal)	1250	1287	1250

2.1.1. Resultat 2023

Styrelsens resultat före bokslutsdispositioner och skatt uppgår till -43,8 mnkr. Detta är 48,8 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,5 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 28,4 mnkr. Det resultat efter bokslutsdisposition och skatt som redovisas till Bolagsverket uppgår till -15,4 mnkr.

Styrelsen har i enlighet med fullmäktiges budget för 2023² erhållit kompensation för tillfälligt ökade pensionskostnader på 114,9 mnkr, vilket ökat såväl verksamhetens intäkter som kostnader jämfört med året innan.

¹ I årsrapport 2022 hade Södertälje sjukhus ett justerat resultat på -4,7 mnkr som användes vid avstämning mot fullmäktiges resultatkrav.

² RS 2022-0123.

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.

2.1.2. Jämförelse med budget 2023

Verksamhetens intäkter uppgår till 1 928 mnkr, vilket är 139 mnkr (7,8 procent) högre än budgeterat. Det är framför allt sålda primärtjänster, erhållna bidrag och övriga intäkter som avviker. Intäkterna för sålda primärtjänster överstiger budgeten med ca 110 mnkr, vilket främst beror på det tillskott avseende förstärkning till akutsjukhusen som beslutades av regionfullmäktige och inte fanns med i sjukhusets budget. Sjukhuset har även haft ökade utomläns- och asylintäkter under året.

Ersättningen för erhållna bidrag är 6 mnkr högre än budget, vilket bland annat beror på ökade intäkter när det gäller AT- samt ST-ersättning. Ersättningen för övriga intäkter är 22 mnkr högre än budget, vilket bl.a. beror på att sjukhuset fått ersättning avseende externa projekt samt den ersättning som sjukhuset beviljats när det gäller åtgärder för god ekonomisk hushållning. Utfallet för patientavgifter är 1 mnkr lägre än budget och försäljning övriga tjänster är 1 mnkr högre än budget.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 1 850,2 mnkr, vilket är 218,8 mnkr (ca 13,4 procent) högre än budgeterat. Den största budgetavvikelsen står bemanningskostnader för som är 177 mnkr högre än budget. Här återfinns bland annat ökade kostnader för inhyrd personal (45 mnkr) och för ökade pensionskostnader (ca 42 mnkr).

Av budgetavvikelsen är 25 mnkr hänförligt till kostnader för köpta verksamhetsanknutna tjänster. Här återfinns bland annat höga kostnader när det gäller laboratorietjänster och att sjukhuset under våren hyrt externa bemannade operationssalar för att minska vårdköer som byggts upp i samband med pandemin. Kostnaderna för läkemedel överstiger budgeten med ca 3 mnkr. Materialkostnaderna överstiger budget med 6 mnkr. Lokal- och fastighetskostnaderna överstiger budget med 2 mnkr och övriga kostnader överstiger budget med 5 mnkr.

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 framtaget åtgärdsprogram skulle styrelsen kunna uppnå ett resultat i balans 2025. Av verksamhetsberättelsen framgår att de planerade åtgärderna under 2023 delvis har genomförts. Styrelsen har realiserat 66,1 mnkr av den beräknade effekten på 92 mnkr för 2023. (Se vidare avsnitt 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning).

2.1.4. Investeringar

Årets investeringar uppgår till 38,5 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 30 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 128,4 procent. Budgetavvikelsen beror dels på att sjukhuset erhållit leveranser som var planerade till 2022, dels att sjukhuset erhållit en leverans av utrustning som var planerad till 2024. Avvikelsen är kommunicerad med regionledningskontoret.

2.1.5. Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen konstaterar att resultatet underskrider resultatkravet. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,5 procent av omsättningen. Sjukhuset har under året haft ett åtgärdsprogram för en ekonomi i balans. Programmet summerade till 92 mnkr och sjukhuset har realiserat 66,1 mnkr av den beräknade effekten för 2023. 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. Se avsnitt 3.1.

2.2. Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1. Måluppfyllelse

Sjukhuset berörs av 13 av fullmäktiges mål, vilket innebär sammanlagt 34 indikatorer. 9 av fullmäktiges mål är uppfyllda, 2 mål är delvis uppfyllda och 1 mål uppfylls inte. För ett mål, hållbar investeringsutveckling, har sjukhuset markerat måluppfyllelsen med ett streck. Det beror på att sjukhuset under 2023 överskridit årets investeringsram men håller den totala investeringsramen sammantaget under åren (för mer information, se avsnitt 2.1.4).

Det mål som sjukhuset inte klarar är *Ett resultat i balans* och indikatorn *Nämnden/bolaget har uppnått sitt resultatkrav*. De två mål som är delvis uppfyllda är: *Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt* samt *Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara*. När det gäller det första målet ingår två indikatorer och sjukhuset når inte målnivån när det gäller *Nämnden/bolaget arbetar med konsekvensanalyser inom folkhälsa och/ eller social hållbarhet*. Anledningen till att sjukhuset inte når målnivån är att det inte genomförts någon folkhälsokonsekvensanalys under året. En riktlinje för sådana analyser har dock tagits fram under 2023.

När det gäller målet som handlar om måltider består målet av två indikatorer och sjukhuset når inte målnivån för indikatorn som handlar om att minska matsvinn från patientmåltider.

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

2.2.2. Produktion

Sjukhuset har under året producerat knappt 144 000 öppenvårdsbesök samt strax över 16 000 slutenvårdstillfällen.

Öppenvårdsproduktionen har varit 5,4 procent lägre än budget, men 4,7 procent högre jämfört med föregående år. Ökningen mellan åren beror på att produktionen var lägre under 2022 på grund av pandemin. Anledningen till att produktionen under 2023 var lägre än budgeterat är en lägre elektiv (planerad) produktion i början av året på grund av pandemins femte våg och beslutet att minska den inhyrda personalen. Minskningen av den elektiva vården kompenseras till viss del av en kraftig ökning av den akuta produktionen och framför allt besöken till närakuten.

Slutenvårdsproduktionen har varit 1,4 procent högre än budget och 0,2 procent högre än föregående år. Det beror till stor del på det ökade inflödet av ambulanser från Botkyrka. Antalet ambulanstransporter med patienter från Botkyrka har ökat kraftigt de

senaste åren och inläggningsfrekvensen bland patienterna är hög. Den sista onsdagen i december³ hade sjukhuset 182 stycken disponibla vårdplatser, vilket är 6 vårdplatser färre än budget och 10 platser färre än motsvarande dag i december 2022. Skillnaden beror dels på en tillfällig ökning av antalet vårdplatser i slutet av 2022 på grund av pandemins femte våg och dels på en minskning av platser inom geriatriken under 2023 på grund av beslutet att minska den inhyrda personalen.

Av instruktionen till avsnittet i verksamhetsberättelsen där produktivitet ska beskrivas finns en anvisning för hur sjukhusen ska mäta produktivitet genom att använda sig av DRG-poäng⁴ och arbetad tid. Någon sådan mätning har sjukhuset inte gjort utan sjukhuset ska börja mäta så under 2024.

2.2.3. Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Det är dock viktigt att styrelsen börjar mäta produktivitet i enlighet med anvisningar, för att förbättra sjukhusets styrning och så att jämförelser mellan sjukhusen förenklas.

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 -43,8 mnkr, vilket är 48,8 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Sjukhuset prognostiserade i sin delårsrapport per augusti 2023 ett resultat på -63 mnkr. Anledningen till att det prognostiserade resultatet och årets resultat skiljer sig åt beror främst på att sjukhuset producerade mer vård i slutet av året än vad som prognostiserades i samband med delåret. Att sjukhuset trots detta inte når resultatkravet beror på att antalet anställda varit fler än vad som planerades i årets budget. Det beror i sin tur på att sjukhuset arbetat med att fasa ut inhyrd personal och ersätta den med egen anställd personal, vilket varit en del i åtgärdsprogrammet för en ekonomi i balans på längre sikt.

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 Södertälje sjukhus finns ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi. Ansvaret är fördelat på ett

³ Sjukhusen mäter vårdplatser antingen genom antal platser en viss dag eller i snitt över året. Södertälje sjukhus mäter antal platser sista onsdagen i december varje år.

⁴ 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.

sätt som stämmer överens med regionens styrdokument. Vd har ett övergripande ansvar och verksamhetsområdescheferna har ansvar för sin egen 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 bedömde att prognosen för helåret var osäker. Revisionen konstaterade även att det fanns faktorer utanför sjukhusets rådighet som påverkade det ekonomiska läget. Det handlade framför allt om en hög inflation. Därutöver hade den restriktiva inhyrningen av personal gett en viss negativ effekt på intäkterna. Revisionen noterade vidare det informella önskemål som den styrande koalitionen uppges ha framfört om att det inte ska göras några minskningar av vårdpersonal.

3.1.2. Styrelsens hantering av avvikelser

Styrelsen för Södertälje 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.

I samband med framtagande av verksamhetsplanen för 2023 var sjukhusets prognos ett underskott på ca 100 mnkr jämfört med resultatkravet på 5 mnkr. I samband med detta togs åtgärder fram för att minska underskottet, men dessa var på en övergripande nivå och styrelsen fattade inte beslut om dessa. Anledningen var att sjukhuset ville invänta beslut om sin del av resurstillskottet på 2 mdkr till akutsjukhusen som fullmäktige skulle fatta beslut om. Avsaknaden av konkreta åtgärder gjorde att sjukhuset i budgetavstämningsärendet⁵ uppmanades att i samband med sin tertialrapport redovisa planerade åtgärder för att säkerställa att resultatkravet under planperioden 2023-2025 kunde nås.

Det första åtgärdsprogrammet som presenterades för styrelsen i mitten av april innehöll åtgärder motsvarande 85 mnkr, vilket motsvarade gapet mellan kostnader och intäkter vid det tillfället. Därefter tillkom ökade pensionskostnader efter en ny pensionsprognos från KPA, vilket gjorde att gapet ökade till drygt 113 mnkr. Åtgärdsprogrammet utökades därefter till att omfatta åtgärder på 92 mnkr. Sjukhusets åtgärdsprogram ingick som en del i tertialrapporteringen och styrelsen fattade beslut om detta i maj.

Styrelsen har under året regelbundet fått information om sjukhusets ekonomiska situation av sjukhusledningen och arbetet med åtgärdsprogrammet har varit en stående punkt på styrelsemötena. På mötena har styrelsen fått ta del av uppföljning av åtgärdsprogrammet både fördelat per verksamhetsområde och totalt. Av presentationerna har bland annat framgått prognosticerat utfall för helåret.

Styrelsen har därutöver gett vd i uppdrag att ge ytterligare återrapportering, vilket exempelvis skedde i maj respektive september. Anledningen till uppdraget i maj var att styrelsen bedömde att en plan med ytterligare åtgärder med inriktning på ekonomisk balans behövdes eftersom sjukhuset fått ökade pensionskostnader. På styrelsemötet i september bedömde styrelsen att ytterligare åtgärder krävdes för att säkra

⁵ RS 2022-0638

åtgärdsprogrammet som tagits fram och att en plan för ytterligare kostnadsbegränsade åtgärder behövde tas fram till kommande styrelsemöte. Av vd-rapporten för september, som presenterades på oktobermötet, framgick att prognosen för åtgärdsprogrammet för året beräknades till 53 mnkr och bedömningen var att om ytterligare åtgärder skulle läggas till i programmet var risken att dessa skulle påverka kapaciteten och därmed produktionen än mer negativt, vilket i sin tur skulle leda till minskade intäkter.

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 har RLK varit informerade 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.

Åtgärdsplanen innehåller fyra delområden enligt följande:

Åtgärder	Budgeterad effekt 2023, mnkr	Realiserad effekt 2023, mnkr	Avvikelse, mnkr
Öka intäkter för sjukhusavtalet	13	7,8	-5,2
Öka utomläns-utrikes- och asylintäkter samt externa projektmedel	23	21,9	-1,1
Minska inhyrd personal	31	24,3	-6,7
Övriga kostnadssänkande åtgärder	25	12,1	-12,9
Summa	92	66,1	-25,9

Upparbetningsgraden för genomförda åtgärder under året var 66,1 mnkr, vilket motsvarar 72 procent av åtgärdsprogrammet. Förklaringarna till varför inte hela åtgärdsprogrammet uppnåtts är att sjukhuset under året haft ett högt akut inflöde av patienter bland annat på grund av RS-virus och influensa, vilket trängt ut annan vård och försvårat ökad produktion inom andra vårdområden. Den omställning från inhyrd personal till anställd personal som har skett har också lett till tillfälligt ökade personalkostnader. Det beror på att sjukhuset under omställningsperioden rekryterat fler anställda samtidigt som kostnader kvarställt för inhyrd personal som ännu inte slutat. För den nyanställda personalen tillkommer också initialt kostnader för exempelvis inskolning. En högre inflation än beräknat har också påverkat möjligheten att minska kostnaderna som planerat.

Revisionen har valt att särskilt granska kostnadssänkande åtgärder inom det administrativa området samt arbetet med att minska materialkostnader, som ingår som en del i

”övriga kostnadssänkande åtgärder”. Revisionen har även granskat uppföljningen av utfallet.

3.1.4. Effektiviseringsåtgärder i verksamheterna

Beslut om vilka specificerade åtgärder och därtill kopplade aktiviteter som skulle ingå i det av styrelsen beslutade åtgärdsprogrammet på 92 mnkr fattades i sjukhusets ledningsgrupp i april 2023. Programmet består av 4 åtgärder och 14 aktiviteter. Aktiviteterna bröts ner på sjukhusövergripande nivå respektive verksamhetsområdesnivå (VO). Aktiviteten som ligger på sjukhusnivå är att uppnå minst 102 procent av målvolymen i sjukhusavtalet, mätt i DRG-poäng. Flera aktiviteter berör olika VO, exempelvis minska materialkostnaderna och minska sjukfrånvaron. Enligt sjukhuset tog dåvarande ekonomidirektör fram en fördelningsnyckel som avgjorde hur mycket respektive verksamhetsområde skulle minska kostnader respektive öka sina intäkter.

Det är verksamhetsområdeschefen som är ansvarig för aktiviteterna inom sitt verksamhetsområde. Respektive verksamhetsområdeschef har kunnat konkretisera aktiviteterna och även bestämma hur de skulle genomföras inom verksamhetsområdet. För de olika aktiviteterna finns ansvariga, exempelvis en chef, som har ansvar för att genomföra aktiviteten.

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 öka andel primärvård. Sjukhuset har under året deltagit i det gemensamma arbetet och bland annat rapporterat in uppgifter till Karolinska som kommer att användas i produktionsplaneringen där Karolinska har ett ansvar att stötta de andra sjukhusen i deras arbete med produktionsplanering.

3.1.4.1. Verksamhetsområde Vård

Verksamhetsområde (VO) Vård är det största verksamhetsområdet på sjukhuset och har därför följaktligen haft störst besparingskrav. VO Vård skulle genomföra åtgärder inom tre av de 14 aktiviteterna som programmet består av: minskad inhyrning, minskad sjukfrånvaro samt minskade materialkostnader. Det största besparingskravet fanns inom minskad inhyrning eftersom där fanns störst besparingspotential samtidigt som minskad inhyrning varit ett krav från regionfullmäktige. Åtgärden har fått viss effekt under året och inhyrningen har minskat. VO Vårds kostnader för inhyrd personal låg på 4,3 procent av totala personalkostnaderna i november 2023, jämfört med 10,2 procent i november 2022. För att resultatet ska vara varaktigt framöver behöver sjukhuset fortsätta rekrytera egen personal, vilket enligt sjukhuset är en utmaning. Olika aktiviteter för att öka den anställda personalen har pågått under 2023 och fortsätter under 2024. Bland annat arbetar sjukhuset med att förbättra arbetsmiljön för att därigenom öka sin attraktivitet som arbetsgivare.

När det gäller sjukfrånvaron hade kostnaderna i november minskat med hälften jämfört med det uppsatta målet. När det gäller VO Vårds materialkostnader hade inga

⁶ RS 2022-0638

besparingseffekter uppnåtts vid slutet av 2023. När det gäller materialkostnader på hela sjukhuset se 3.1.4.2.

3.1.4.2. Minskade materialkostnader

När åtgärdsprogrammet togs fram var den prognostiserade kostnadsminskningen gällande materialkostnader 4 mnkr för 2023 på sjukhusnivå. Besparingskravet bröts ner på verksamhetsområdesnivå. Verksamhetsområden som använder mycket material fick ett större sparbetning. Totalt på sjukhuset har materialkostnaderna minskat med 2,4 mnkr under året, vilket är 60 procent av den budgeterade kostnadsminskningen.

Majoriteten av sjukhusets inköp av material görs via MediCarrier och avropas från regionens ramavtal, varav merparten avser förbrukningsmaterial som används i vården. Sjukhusets bedömning var att minskningen av materialkostnader framför allt behövde göras genom inköpen från MediCarrier. Därför har ett samarbete skett under året mellan de verksamhetsområden som bedriver vård och verksamhetsområdet som hanterar vårdnära administration och service i syfte att förbättra inköpen och materialhanteringen.

På sjukhuset finns ingen central lagerhållning utan allt förbrukningsmaterial, t.ex. handskar, sondmat eller andra förbrukningsmaterial, beställs direkt och bekostas av de olika verksamheterna. För att underlätta för vårdverksamheterna och hjälpa dem att göra sina dagliga inköp av material från MediCarrier har avdelningarna, med hjälp av den så kallade Förrådsgruppen från vårdnära administration och service, försökt att ensa vilka material som köps in av respektive verksamhet. Detta för att inte stora lager av material, som riskerar att passera bäst före datum och därför behövs kasseras, byggs upp på avdelningarna.

Sjukhuset anser att åtgärden att minska materialkostnaderna genom att strukturera upp inköpen och i möjligaste mån likrikta dem är ett långsiktigt arbete som bör göras, oavsett om det är en del av ett åtgärdsprogram eller inte.

Enligt sjukhuset sker ungefär 95 procent av alla inköp via inköpssystemet och det gör att det går att följa både inköpen och kostnaderna i systemet. När det gäller material som beställs genom direktupphandling, går dessa till inköpsavdelningen för att säkerställa att produkten inte finns inom ramavtalen innan inköp sker.

3.1.4.3. Minskning av administrativa kostnader

Av sjukhusets verksamhetsplan för 2023 framgår att sjukhuset har en begränsad administration och sedan hösten 2019 har sjukhuset ett anställningsstopp på administrativa tjänster som har fortsatt att gälla under 2023. Ett dispensförfarande finns där vd tar beslut innan rekrytering av administrativ personal får genomföras.

I sjukhusets åtgärdsprogram finns ingen separat åtgärd som heter minskad administration. Däremot framgår av sjukhusets verksamhetsplan för 2023 att kostnaderna för administrativa tjänster och funktioner kommer att ses över. Detta arbete har ingått som en del av det sjukhusövergripande arbetet med att minska de administrativa kostnaderna som sjukhuset deltagit i tillsammans med Danderyd sjukhus och Södersjukhuset. Det är styrelserna för de tre sjukhusen som gett sjukhusen det gemensamma uppdraget och styrgrupp för arbetet är de tre sjukhusens vd:ar.

Under året har framför allt ett förberedande arbete bedrivits. Risk- och nyttokalkyler samt effektberäkningar har tagits fram gemensamt och sjukhusövergripande arbetsgrupper har arbetat med olika frågor inom bland annat HR och ekonomi. De föreslagna förändringarna har förankrats fackligt på respektive sjukhus i slutet av 2023. Även om sjukhusens bedömning är att flera av åtgärderna beräknas ha ekonomiska effekter främst 2024 eller 2025, har vissa av åtgärderna redan genomförts. Exempelvis har Södertälje sjukhus och Södersjukhuset nu en gemensam hållbarhetsamordnare istället för var sin. Sjukhusen planerar att under 2024 göra en gemensam slutredovisning av vidtagna åtgärder.

3.1.4.4. Uppföljning av utfallet

Sjukhusledningen har månadsvis följt upp utfallet av åtgärdsprogrammet i verksamheterna tillsammans med ledningen för respektive verksamhetsområde. Inför uppföljningen har den kontrollern som ansvarar för den aktuella verksamheten tagit fram uppföljningsmaterial för verksamhetsområdet. Uppföljning av effekthemtagning har därefter på övergripande nivå redovisats till vd. Enligt sjukhuset har vissa åtgärder varit enklare att följa upp sett till effekthemtagning och har t.ex. kunna hämtas direkt ur ekonomisystemet (exempelvis kostnaden för inhyrd personal), medan andra åtgärder krävt att controller och verksamheten gjort bedömningar om åtgärden haft effekt eller inte.

3.1.5. Förutsättningar inför 2024

I sjukhusets budgetunderlag inför 2024 finns ett gap på ungefär 30 mnkr. För att uppnå en ekonomi i balans kommer åtgärder att krävas även under 2024. Enligt sjukhusets ledning handlar det om liknande åtgärder som under 2023, framför allt att ytterligare minska den inhyrda personalen och minska kostnaderna för laboratorieverksamhet. För att sjukhuset ska klara att över tid uppnå ett resultat i balans behöver sjukhuset rekrytera och behålla egen personal för att därmed kunna minimera andelen inhyrd personal. Åtgärdsprogrammet för 2024 kommer enligt sjukhuset att rapporteras in till regionledningskontoret under första kvartalet i år. Enligt sjukhusets verksamhetsberättelse för 2023 kommer sjukhuset ha åtgärdsprogram både 2024 och 2025, dock betydligt mindre än programmet för 2023.

Första januari trädde nya sjukhusavtal för perioden 2024–2027 i kraft för de regionägda akutsjukhusen. Ersättningsmodellen är förändrad jämfört med tidigare sjukhusavtal och andelen fast ersättning är högre än föregående avtal. De nya avtalen förväntas bland annat underlätta samarbete och skapa likvärdiga förutsättningar mellan sjukhusen.

I sjukhusavtalet för perioden 2024–2027 har Södertälje sjukhus fått en större beställning av vård, vilket ger förutsättningar att genomföra den ökade produktion som sjukhuset budgeterat för under 2024. Antal anställda förväntas öka eftersom produktionen av vård ska öka.

3.1.6. Jämförelse mellan de granskade akutsjukhusen

De fyra granskade akutsjukhusen redovisar alla underskott för 2023, som motsvarar mellan 2,2 och 2,8 procent av omsättningen. Södertälje sjukhus underskott är 2,5 procent. Samtliga sjukhus har under 2023 haft åtgärdsprogram för en ekonomi i balans och vidtagit åtgärder inom ramen för dessa. Utfallet av genomförda åtgärder var vid årsskiftet mellan 62–94 procent av planerade åtgärder och Södertälje sjukhus har ett

utfall på 72 procent. Sjukhusens åtgärdsprogram har varit olika stora och varierar mellan 1,4 – 5 procent av kostnaderna. Södertälje sjukhus har det största åtgärdsprogrammet i förhållande till kostnaderna. När det gäller andelen inhyrd personal i förhållande till egen personal varierar den från 1,5–4 procent, där Södertälje sjukhus har den största andelen inhyrd personal. Även om sjukhuset har en högre andel inhyrd personal jämfört med övriga sjukhus har en minskning av inhyrd personal skett under året och motsvarande siffra för 2022 var 7,6 procent.

3.1.7. Bedömning

Revisionens konstaterar att sjukhusets åtgärdsprogram för en ekonomi i balans och det åtgärdsprogram som ingick i tertialrapporten i stort motsvarade gapet i sjukhusets budget för 2023. En rad aktiviteter har genomförts inom ramen för åtgärdsprogrammen. Utfallet av åtgärdsprogrammet blev 72 procent. Flera av åtgärderna som ingått i åtgärdsprogrammet är långsiktiga och förväntas få effekter först kommande år. Det gäller både det egna åtgärdsprogrammet och de sjukhusgemensamma programmen. Revisionen bedömer att styrelsen beslutat om åtgärder för 2023 i nivå med sjukhusets negativa prognoser, men att dessa inte fullt ut räckt för att nå fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.

Styrelsen har regelbundet följt åtgärdsprogrammet och fått information från vd och ekonomidirektör vid varje styrelsemöte. Styrelsen har under året gett olika uppdrag till sjukhusledningen om att återkomma med ytterligare åtgärder för en ekonomi i balans. Styrelsen har även, tillsammans med styrelserna för Danderyds sjukhus och Södersjukhuset, gett sjukhusen i uppdrag att minska de administrativa kostnaderna. Revisionen bedömer att styrelsen varit aktiv när det gäller åtgärder för att stärka sjukhusets ekonomi.

I sjukhusets budgetunderlag inför 2024 finns ett gap på ungefär 30 mnkr, vilket är lägre än 2023 då gapet uppgick till 85 mnkr. Sjukhusets bedömning är att sjukhuset kommer ha åtgärdsprogram 2024 och 2025 och att ekonomin därefter är i balans. En utmaning för sjukhuset framöver är att öka den egna personalen och de åtgärder som vidtas på sjukhuset när det gäller detta planeras fortsätta under kommande år.

Revisionen bedömer liksom i delrapporten att det på Södertälje sjukhus finns ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi. Revisionen bedömer även att styrelsen därigenom har skapat förutsättningar för en tillräcklig ekonomistyrning och möjligheter att vidta åtgärder även på sikt. Revisionen konstaterar dock att det för ett resultat i balans 2024 och framåt kommer att krävas fortsatt arbete med besparingsåtgärder.

3.2. Avrapporterade granskningar i delrapport

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

Som framgått ovan i avsnitt 3.1 ingick en granskning av sjukhusets arbete med ekonomistyrning i delrapporten.

Granskning av intern kontroll

Revisionen genomför återkommande granskningar av sjukhusets system för intern kontroll. Granskningen under 2023 visade att ansvaret för den interna kontrollen är

tydligt och dokumenterat genom instruktion för vd samt styrelsens arbetsordning, liksom hanteringen av risker och utförandet av kontroller. Granskningen visade även att sjukhuset tagit fram och arbetat med en plan för intern kontroll på ett sätt som överensstämmer med hur detta ska ske enligt regionens styrdokument på området. Utifrån den granskning som genomförts bedömde revisionen att arbetet med intern kontroll i allt väsentligt är tillräckligt och i överensstämmelse med gällande riktlinjer inom regionen.

Granskning av slutenvårdens vattenförsörjning

Revisionen har granskat om arbetet med att säkerställa slutenvårdens tillgång till vatten sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.⁷ Av sekretesskäl redovisas resultatet på en generell nivå.

Revisionen bedömde att arbetet med att begränsa påverkan på vården i händelse av en störning på vattenleveransen har påbörjats hos samtliga vårdgivare. Varken vårdgivare eller Locums representanter känner dock till vad vattnet används till, och revisionen menar att detta inte ger förutsättningar för rimliga bedömningar av konsekvenserna av en störning.

Trots att risker och åtgärder till stora delar är de samma konstaterade revisionen att samverkan mellan vårdgivare endast skett i begränsad utsträckning. Det innebär onödigt arbete och lägre kvalitet på analyserna än vad som kunde varit fallet. Revisionen noterar att även övningarna är lokala, vilket medför att det inte sker någon kvalitets-säkring av vårdgivarnas kontinuitetsplanering, som till stor del bygger på evakuering till andra vårdgivare.

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

3.3. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har förutom basgranskningen även genomfört fördjupade granskningar inom specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. Bland annat har sjukhusets arbete med patientsäkerhet granskats utan väsentliga iakttagelser.

3.4. 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.

⁷ Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023-0033)

4.1. Årsredovisningen

Kvaliteten i förvaltningsberättelsen, resultat- och balansräkningen, kassaflödet samt övriga upplysningar bedöms följa Region Stockholms redovisningsprinciper, värdering och rapportering. Inga väsentliga avvikelser har noterats mellan den förvaltningsberättelse som lämnats till regionstyrelsen och årsredovisningen.

4.2. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Den auktoriserade revisorn har granskat ekonomistyrning, ledningsnära kostnader och representation, lönerutin, investeringsrutin samt hållbarhetsredovisning utan väsentliga iakttagelser.

4.3. Auktoriserade revisorns bedömning

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.

5. Styrelsens yttrande över delrapport 2023

Styrelsen har 2023-12-13 lämnat yttrande över delrapporten för 2023. 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

Södertälje Sjukhus AB

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97672 Från rapport 2022 Årsrapport	Styrelsen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att sjukhuset har systematiska processer och formella rutiner som medför spårbarhet när det gäller arbetet med informationssäkerhet och NIS.	●	ÅR 2023 Sjukhuset har under året arbetat med det uppdrag som finns inom regionen för informationssäkerhet. En del i arbetet är att säkra de processer samt rutiner som behövs för att kunna arbeta på ett säkert, spårbart samt personoberoende sätt. Sjukhuset har även arbetat med att identifiera de mest verksamhetskritiska systemen för sjukhuset och genomfört riskbedömningar för dessa i "Compliance-portalen". Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36871 Från rapport 2019/10 Projektrapport	Styrelsen bör säkerställa att KOLL får fler användare för att kunna ge ett samlat underlag i kompetensförsörjningsarbetet både lokalt och för hela regionen.	●	ÅR 2023 Under året har sjukhuset fortsatt arbetet för att säkerställa att KOLL får fler användare och arbetet fortsätter 2024 då KOLL ännu inte är helt implementerat i alla verksamheter och för alla yrkeskategorier. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2023

Södertälje Sjukhus AB

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97673 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör utforma en organisation för informationssäkerhet med tydlig ansvarsfördelning för att säkerställa kontinuitet och minska personberoende.	●	ÅR 2023 Sjukhuset har under hösten 2023 rekryterat en informationssäkerhetssamordnare som tillsammans med ledningen påbörjat uppdraget att utforma en organisation för informationssäkerhet. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
97674 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att kontinuitetsplaner övas regelbundet. Vid övningarna bör dokumenten avseende innehåll, nivå och användbarhet utvärderas.	●	ÅR 2023 Sjukhusets krisledningen kommer att öva olika driftstörningar och/ eller avbrott som har identifierats som en risk minst två gånger per år. Krisledningsgruppen ska följa sjukhusets kontinuitets- och krisplan där handlingsplaner finns framtagna för olika typer av störningar/ avbrott. Senast krisledningsgruppen övade var hösten 2023. Efter övningen så fick krisledningsgruppen möjlighet till reflektion samt återkoppla förbättringsåtgärder vilket säkerhets- och beredskapsavdelningen hanterar. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
97675 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör se till att DISA-utbildningen är obligatorisk i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet samt fortsätta med framtagandet och fastställandet av en utbildningsplan utifrån identifierade behov och arbetsuppgifter.	●	ÅR 2023 DISA-utbildningen är obligatorisk för alla medarbetare på sjukhuset och ingår därför som en del i introduktionen för nya medarbetare. DISA-utbildningen går att komma åt via

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			regionens intranät vilket gör den enkel att komma åt för nyanställd personal. Informationssäkerhetsamordnaren kommer att besöka verksamheterna under 2024 för att ytterligare sprida information samt att kunna kartlägga utbildningsbehovet. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97671 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	●	ÅR 2023 Sjukhusets rutin är att medarbetare gör anmälan av bisyssla i sjukhusets lön- och personalsystem Heroma. Chef får där signal om en anmälan och bedömer om bisysslan är tillåten eller ej utifrån aktuella tillämpningsanvisningar. Förekomst av bisyssla är en punkt som tas upp vid nyanställning. Förekomst av bisyssla följs även upp i det årliga medarbetarsamtalet. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107469 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.	—	ÅR 2023 Uppföljning av rekommendationen kommer att ske i samband med delårsgranskningen 2024.
107470 Från rapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	—	ÅR 2023 Uppföljning av rekommendationen kommer att ske i

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2023/01 Projektrapport			samband med delårsgranskningen 2024.

Övrigt

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107306	Ledningen för Södertälje sjukhus 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. 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. 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.